

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre THIBAUT

Né à Angers, le 15 novembre 1901

REMARQUES SUR LA GRIPPE

D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES

DE 1921 A 1929

(Travail de l'Hospice des Vieillards de Sainte-Marie d'Angers)

Président : M. TEISSIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre THIBAUT

Né à Angers, le 15 novembre 1901

REMARQUES SUR LA GRIPPE

D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES

DE 1921 A 1929

(Travail de l'Hospice des Vieillards de Sainte-Marie d'Angers)

Président : M. TEISSIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BÉZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
	BRANCA.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale;

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUET

Directeur de l'Ecole de médecine d'Angers
Professeur de clinique obstétricale à l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENÉCHEAU

Professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TURBAIS

Professeur de Physiologie
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers

En témoignage de notre respectueuse affection et de notre reconnaissance pour les avis éclairés qu'il nous a donnés et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis le début de nos études jusqu'à l'exécution de notre thèse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

En témoignage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

REMARQUES SUR LA GRIPPE

D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES

DE 1921 A 1929

INTRODUCTION

L'épidémie dite de grippe, survenue à la fin de la guerre, a laissé une impression pénible à beaucoup de médecins qui l'ont suivie. Aussi bien, ils étaient préparés à reconnaître et à combattre la fièvre typhoïde qu'ils ont rapidement vaincue, aussi mal, ils ont vu venir la grippe et pris les dispositions opportunes, à ses débuts. Ils ont été dominés par elle, pour un temps, au moins.

Et pourtant, la grippe est une affection qui apparaît chaque année, de novembre à mars : tantôt bénigne, elle passe inaperçue ; tantôt maligne, elle fait des ravages.

Au cours de nos études à l'Ecole de Médecine d'Angers, nous avons pu voir chaque hiver, de nombreuses pneumopathies apparaître dans le service des vieillards de Sainte-Marie ; elles surviennent sous forme d'épidémies meurtrières, d'extension extrêmement rapide, à la manière d'une maladie infectieuse, éminemment contagieuse.

De formes variables, allant de la bronchite à la pneumonie franche, nous avons pu nous convaincre, cependant, par ce que nous avons vu et par l'étude des nombreuses observations recueillies dans le service depuis 1921, que toutes ces affections étaient, primitivement au moins, les manifestations d'un même germe infectieux.

Il nous a semblé pouvoir être de quelque intérêt d'exposer l'histoire clinique de ces « gripes saisonnières » Nous avons essayé de montrer les caractéristiques habituelles de leur évolution et les formes qu'elles peuvent revêtir, au cours des épidémies qui ravagent une population dense, d'individus affaiblis par l'âge et les infirmités.

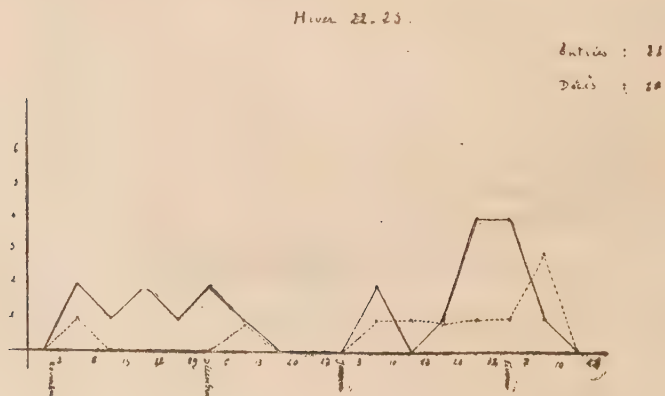
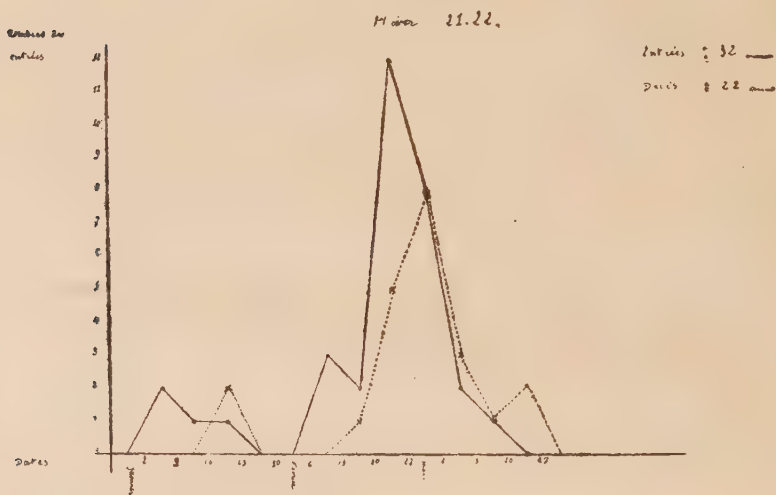
I. — L'ÉPIDÉMIE DANS SES VARIATIONS ANNUELLES

L'épidémie de grippe, — à défaut d'un meilleur terme, ce mot sera employé pour sa commodité, et sans préjuger de la nature de l'affection — apparaît chaque année dans le service des vieillards de Sainte-Marie. Il s'en faut cependant que ce soit avec une gravité et une extension égales, quoique les mesures préventives, l'hygiène des salles, soient peu variables. Seule mesure nouvelle, la vaccination préventive fut pratiquée systématiquement dans plusieurs dortoirs, depuis l'hiver 1926-1927. Malgré cette précaution, l'épidémie de 1927-1928 fut très importante, tant par la gravité que par le nombre des sujets atteints.

	Grippés	Décès	Pourcentage
Hiver 1921-1922.....	32	22	68,75
Hiver 1922-1923.....	21	10	47,61
Hiver 1923-1924.....	28	10	35,71
Hiver 1924-1925.....	32	9	28,12
Hiver 1925-1926.....	18	11	61,11
Hiver 1926-1927.....	25	9	36
Hiver 1927-1928.....	47	22	46,80
Hiver 1928-1929.....	33	13	39,39

La contagiosité est presque toujours *rapide et massive*. Cependant, les graphiques montrent quelle

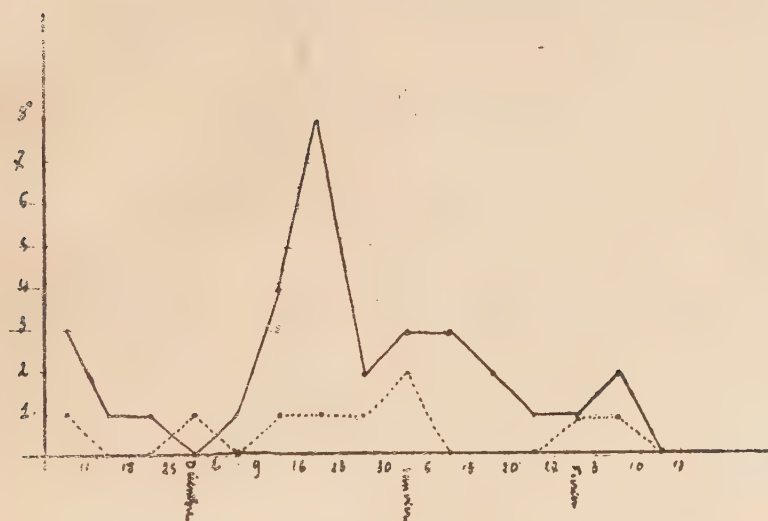
différence il faut faire entre les épidémies dont l'invasion s'exprime par d'énormes clochers et la forme endémique, comme en 1922-1923 et surtout 1926-1927, où se manifeste un ou deux cas par semaine. Tout au plus, quelques inégalités de la courbe signalent peut-être, qu'à certains moments le germe a plus de tendance à la diffusion. On peut à peine, au cours de ces hivers, proprement parler d'épidémie.



Hiver 24-25

Entrées: 32

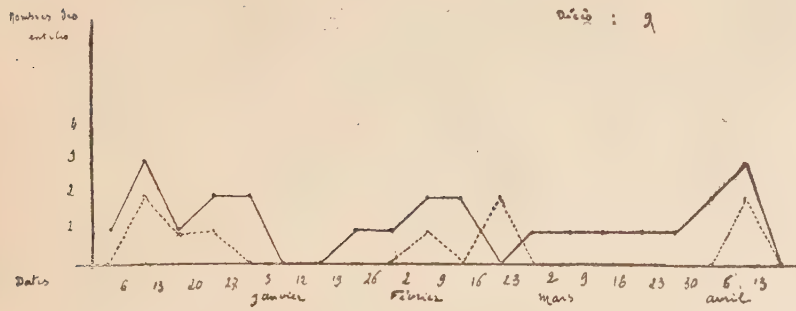
Sorties: 9



Hiver 26-27

Entrées: 28

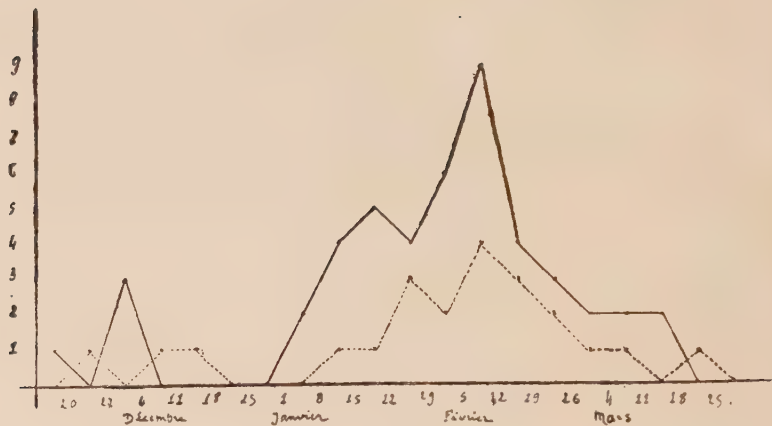
Sorties: 9



01500 27.28

Entrées : 44

Débits : 22

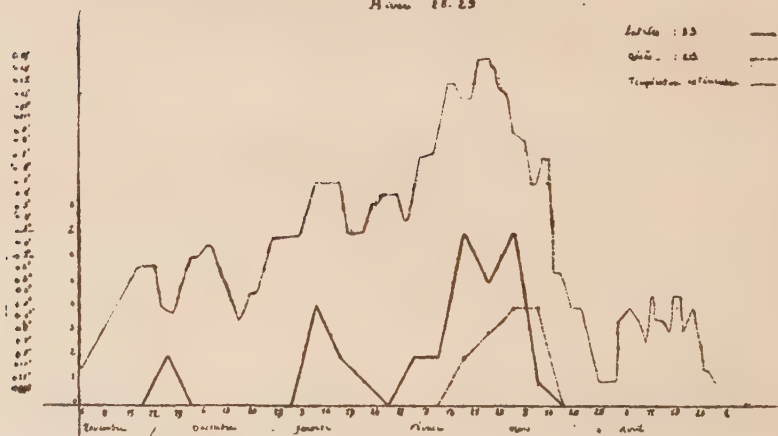


01500 28.29

Entrées : 33

Débits : 25

Température maximum



II. — ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

1. — Causes favorisantes.

Le froid. — La température extérieure joue un rôle indéniable dans l'apparition de l'épidémie.

Les premiers cas de grippe de l'hiver 1921-1922 datent de la première semaine de janvier. Or, dans les observations des malades a été notée une période de froid quelques jours avant leur entrée dans le service. En 1927-1928 le fait est plus net encore ; il y eut, en effet, cette année, deux épidémies bien distinctes. La première qui comporte seulement cinq cas a débuté le 20 novembre : le froid était apparu vers le 10 du même mois ; la deuxième qui compte quarante-trois cas commença au début de janvier et fut consécutive à la période froide de la fin de décembre. Enfin pour 1928-1929, le graphique montre l'étroit parallélisme de la courbe thermométrique et du nombre des grippés.

De cette influence de la température extérieure résulte, sans doute, l'existence fréquente de deux poussées épidémiques distinctes : l'une correspondant aux premiers froids, vers novembre, décembre ou janvier ; l'autre beaucoup plus importante,

correspondant au minimum thermique et, se situant, le plus généralement, vers février-mars.

Age. — La plupart des malades avaient entre soixante et soixante-dix ans, ce qui n'est pas sans intérêt, dans une population qui comprend un certain nombre d'épileptiques jeunes, rattachés au service, mais surtout, en majorité, des vieillards très âgés, de soixante-dix à quatre-vingts ans.

Etat antérieur. — Les cardiaques ont été atteints en grand nombre et les phénomènes infectieux déclanchaient chez eux des hyposystolies.

Les nerveux « organiques » furent frappés en assez grand nombre et toujours très gravement.

Les rénaux, rares dans le service, subirent une atteinte grave.

Les tuberculeux fournirent quelques cas, de gravité, au moins immédiate, variable.

2^o Étude de la contagion.

L'étude de la marche de l'affection pendant l'hiver 1927-1928, à travers les salles, semble montrer que la contagion se fait *d'homme à homme*.

La Grande Infirmerie située au rez-de chaussée, qui comporte 62 lits, occupée surtout par des vieillards très impotents, qui ne peuvent monter d'escalier, en particulier par de grands nerveux grabataires, a donné lieu à sept cas de grippe dont six mortels.

(Il est à remarquer que tous ces cas sont localisés

à une extrémité de la salle et dans la même rangée.)

On voit la gravité de cette épidémie, sinon par le nombre, par la mortalité qu'elle a entraînée. Il est notable, en effet, que les grabataires ont été souvent épargnés, mais lorsqu'ils furent atteints, l'évolution fut généralement très rapidement mortelle.

La salle Saint-Maurice, au second, comporte 66 lits occupés par les vieillards les plus valides ; elle fut celle qui fournit cependant le plus grand nombre de malades. Mais sur 17 cas, il y eut seulement deux morts. Il faut sans doute attribuer cette bénignité relative de l'affection au meilleur état antécédent des sujets. Mais sa diffusion ?... peut-être est-elle due à ce que la vaccination préventive n'avait pas été pratiquée dans cette salle ; peut-être la densité de la population l'a-t-elle favorisée ; peut-être ces vieillards qui travaillaient un peu avaient-ils été plus exposés au froid.

Cependant les hospitalisés, non vaccinés non plus, de la salle Saint-Eloi qui comporte seulement 12 lits, furent indemnes. Ils travaillaient aussi, comme ceux de Saint-Maurice, mais il est juste d'ajouter, que ce sont des épileptiques et non pas des vieillards : ils sont en général beaucoup plus jeunes que l'ensemble de la population.

Dans la salle Saint-Paul-Emile, au premier, occupée presque entièrement par des cardiaques, et comportant 30 lits, il y eut six cas et cinq décès.

Dans la salle réservée aux tuberculeux quatre cas et deux décès sur une vingtaine de malades.

Il est à remarquer que très fréquemment l'épidémie se développe, au moins un certain temps, dans un coin de salle : sur les sept cas de la Grande Infirmerie six se manifestent dans les douze premiers lits de la salle et dans la même travée. Il est plus intéressant de voir à Saint-Maurice, par exemple, un malade atteint le 9 janvier, son voisin le 11 et les deux voisins de face, le 14, puis le 28. Ces localisations de l'épidémie ne sont pas exceptionnelles et plusieurs fois on a pu observer qu'elle s'arrêtait au lit d'un grabataire. Les grabataires, en effet, toujours atteints de façon très grave le furent rarement, préservés, sans doute, par le relatif isolement imposé par leur infirmité même, ce qui montre bien l'importance de la contagion directe.

C'est au « chauffoir » où règne une promiscuité dangereuse, où les vieillards difficiles à éduquer, entassés autour du poêle, toussent et expectorent sans précautions, que les conditions optima de cette contagion semblent réalisées et nous voyons les moins atteints, les grabataires qui ne peuvent y aller et les hospitalisés valides comme ceux de la salle Saint-Eloi, qui, par leur travail, sont disséminés dans l'hôpital.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

1. — Prodromes.

Presque chez tous les malades existait, avant le début de leur affection grippale, un *syndrome respiratoire* d'allure très bénigne. Il s'agissait d'un rhume d'ont l'apparition remontait à huit ou quinze jours. Il n'était guère possible d'attacher à ce rhume une valeur prodromique quelconque ; il se présentait, comme absolument banal, sans fièvre, sans perte de sommeil, simplement accompagné, quelquefois, d'une légère diminution de l'appétit.

Ce fait, cependant, peut être rapproché de *troubles digestifs* plus marqués, qui parfois précédèrent l'apparition de la pneumopathie. C'est le plus souvent une *diarrhée* de trois ou quatre jours, qui cesse quand paraissent les symptômes pulmonaires (obs. I, XXII, XXIX) ; plus rarement, de la *constipation* (Obs. VII, XV, XX).

Plusieurs fois la veille de l'ascension thermique, le malade a eu des *vomissements* ; dans le cas de D., en particulier, dont la maladie fut caractérisée par des poussées successives, chaque poussée fut précédée de vomissements (Obs. II, III, VII, XXII).

Dans certains cas, on a noté l'absence de toute phase prodromique.

2. — Période de début.

A) MODE DE DÉBUT.

a) *Début banal*. — Chez un vieillard qui, comme il a été dit, présente un rhume banal depuis une semaine environ, apparaissent quelques symptômes digestifs, qui, le plus souvent, se bornent à une anorexie, parfois même peu marquée. La nuit suivante, il *ne dort pas* et la *céphalée* fait son apparition, elle-même, d'une façon inconstante et d'une intensité très variable.

Enfin, le malade est pris de *petits frissons* ; beaucoup plus rare est le grand frisson classique de la pneumonie. Rare aussi le point de côté violent quoiqu'il ait été observé plusieurs fois ; il doit faire craindre une future pleurésie. Dans le cas de M., qui fit dans la suite une pleurésie purulente, ce fut une douleur atroce, véritablement poignative. Au contraire, son absence est parfois signalée (Obs. III). Dans la majorité des cas, le point de côté se réduit à son minimum : il est très léger ; le plus souvent il se manifeste comme une *douleur diffuse* (Obs. II, VII, XXIII). Le siège est variable ; il n'est pas sans importance pour la localisation clinique du foyer, les premiers jours.

b) *Début par chute*. — A côté de ce début banal,

le début par chute a été observé assez fréquemment. Le malade s'affaisse tout à coup au chauffoir comme dans l'ictus du ramolissement cérébral (Obs. III). Plus souvent pendant la nuit, le malade tombe au pied de son lit, qu'il se soit levé pour uriner ou au cours d'un délire débutant (Obs. IV et V).

Ce début par chute implique toujours un pronostic grave. Ainsi des trois malades cités : S. mourut en moins de trois jours, R. après une évolution grave mourut d'une pleurésie purulente ; F. mourut en quatre jours.

c) *Début insidieux*. — Ce début n'a pas été rare.

Certains malades sont arrivés dans le service atteints de pneumonie depuis plusieurs jours. Dans le cas de G. (Obs. VII), par exemple, l'interrogatoire a permis d'établir que le début remontait à quatre jours : on note des frissons, un point de côté plus ou moins marqué, mais ces phénomènes n'avaient pas dû présenter une grande intensité, puisque le vieillard s'était abstenu de consulter.

En d'autres cas, il est même impossible de fixer par les commémoratifs le moment où remonte l'affection. H. (Obs. VI) s'est senti plus fatigué depuis une quinzaine de jours, puis il s'est mis à tousser, à cracher. Il ne vient pas de sa propre initiative à la consultation ; on lui trouve un foyer très net de pneumonie au sommet gauche avec souffle tubaire intense.

Chez un autre malade (Obs. VIII) on trouve au

premier examen, une pleurésie louche remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Enfin, dans quelques cas, la pneumonie fut une trouvaille d'autopsie (Obs. IX). Parfois chez un malade mort subitement (Obs. X), on trouve un bloc pneumonique ou même une pleurésie purulente (Obs. XI) sans que rien auparavant n'ait attiré l'attention.

d) *Début par une complication :*

α) Chez les *cardiaques*. — L'affection débute souvent par une crise d'*asystolie* ; H. vient dans le service pour dyspnée avec œdèmes des membres inférieurs, puis après quelques jours, une pneumonie se manifeste. Parfois même la pneumopathie éclate sous la forme d'une *congestion œdémateuse* (Obs. XII).

β) Chez les *tuberculeux pulmonaires*. — L'*hémoptysie* est souvent le premier symptôme qui attire l'attention. B., par exemple, fait une hémoptysie durant une semaine environ, suivie d'un état grippal avec pneumocoques dans les crachats.

B) ETAT GÉNÉRAL

L'*état général* est atteint avec une intensité variable : le plus souvent de façon grave.

La *température* est parfois à 40° ; le plus souvent aux environs de 39°, mais dans quelques cas rares elle a pu ne pas dépasser 38°.

Le *pouls*, contrairement à ce qui a été générale-

ment signalé dans les études relatives à la grippe de 1918, suit presque toujours la température. Le plus souvent il est un peu vibrant.

Le *facies* est terreux, avec cyanose des pommettes, des lèvres. La *peau* sèche et brûlante n'a été qu'exceptionnellement observée ; ordinairement, elle est moite et fréquemment on a noté quelques *sueurs* à la période de début (obs. III, V, VII).

La *langue* est sale ; dans les cas graves, sèche et rôtie. Son aspect à cette période a une grande valeur non seulement au point de vue du pronostic, mais encore du diagnostic même. Une langue sale est un signe très important pour dépister la pneumonie, si elle s'accompagne de dyspnée, en particulier, chez les grands nerveux grabataires chez qui la symptomatologie du début est habituellement fruste.

Dyspnée. — Celle-ci plus ou moins accentuée, se manifeste par la rapidité des mouvements respiratoires : 30 à la minute environ dans la majorité des cas, une respiration superficielle aidée par les muscles abdominaux ; à noter que cette dyspnée contraste souvent par son intensité, avec le peu de signes stéthoscopiques observés.

La *toux* : grasse, survient le plus souvent par quintes ;

L'*expectoration*, lorsqu'elle en amène, est peu abondante à cette période ; elle est muco-purulente, souvent striée de sang ou rouillée.

Les *urines*, d'emblée, deviennent *rares*, rouges,

avec dépôt uratique. On les a vues réduites immédiatement à 20 centimètres cubes et même l'anurie a été observée. Dès le premier jour, elle contiennent de l'*albumine*, tantôt en quantité massive, tantôt à l'état de traces, mais d'une façon constante.

Le *délire* et l'*agitation* sont variables. En certains cas la réaction psychique est caractérisée par une *modification du caractère* frappante ; chez un malade, notamment, qui, avant et après sa pneumonie s'est toujours montré d'humeur aimable et de politesse parfaite, le changement, qui débuta pendant la période prodromique et se prolongea jusqu'à la phase critique, fut si profond dès le début que le malade devint insupportable, crachant, par exemple, sur ses draps, jetant à terre son bol de lait (obs. VI).

Une modification si marquée du caractère est relativement rare, mais, à un degré moindre, elle est fréquente.

Le délire, habituellement, se manifeste par de l'*agitation*, surtout nocturne. Le malade parle sans cesse, se plaint, s'agite, se lève. Les chutes qui en résultent ont déjà été notées ; ce furent elles, plusieurs fois, qui donnèrent l'éveil et attirèrent l'attention sur le malade. Mais le délire peut prendre une forme bien différente : c'est un *délire doux*, à manifestations minimales, qui peut succéder au délire bruyant. Plus encore que celui-ci il implique un pronostic très sombre (obs. IV). Parfois le malade

se montre simplement prostré ou même ne présente aucune réaction psychique notable.

Quelques vésicules d'*herpès* ont été observées, rarement (obs. XV).

C) SIGNES PHYSIQUES.

Les signes physiques relatés lors du *premier examen*, dans les observations, sont assez variables. Cela se comprend aisément, car les malades, tantôt sont examinés dès le premier jour de l'affection, tantôt deux ou trois jours après le début réel, en raison de son insidiosité.

Cette insidiosité est habituelle dans les formes bâtardes ; aussi la première auscultation révèle-t-elle, chez la majorité des consultants, un *foyer important* de râles sous-crépitaunts, gros et humides (obs. VI et VII), avec respiration soufflante.

Au contraire, dans les formes plus typiques, qui, dans la suite, ont donné un foyer pulmonaire net, voici ce que révèlent habituellement les premiers examens :

Premier jour : une légère submatité avec simple *rudesse* du murmure vésiculaire (obs. XV) ou une *diminution* de ce murmure (obs. I et II).

Deuxième jour : apparition des *râles crépitaunts* (obs. XV) et d'un *petit souffle* généralement discret (obs. I et III).

Ces râles crépitaunts, en réalité, ne répondent pas toujours à la description classique ; ils sont fré-

quemment remplacés par des râles secs, fins, souvent inégaux, survenant aux deux temps de la respiration, avec prédominance à la fin de l'inspiration.

Ces signes, si *minimes*, du premier examen laissent le diagnostic délicat. Deux remarques cliniques, d'une valeur, sinon absolue, du moins très grande, ont fréquemment aidé à orienter les examens.

Remarques cliniques :

1^o Chez les *hémiplégiques* (ramollissement cérébral), le côté atteint le premier, est le côté *hémiplégié* ou le plus hémiplégié (obs. I et II).

2^o Lorsque le malade a ressenti, soit un point de côté violent, ce qui est rare, soit une légère douleur, ce qui est le cas le plus fréquent, c'est l'*hémi-thorax qu'il indique*, qui doit être suspecté (obs. XVI).

Plusieurs fois, ces remarques ont évité une erreur de localisation, quand l'abondance des râles de bronchite et de sous-crépitaux, du côté opposé à la lésion principale, pouvait orienter l'examen vers une conclusion fausse.

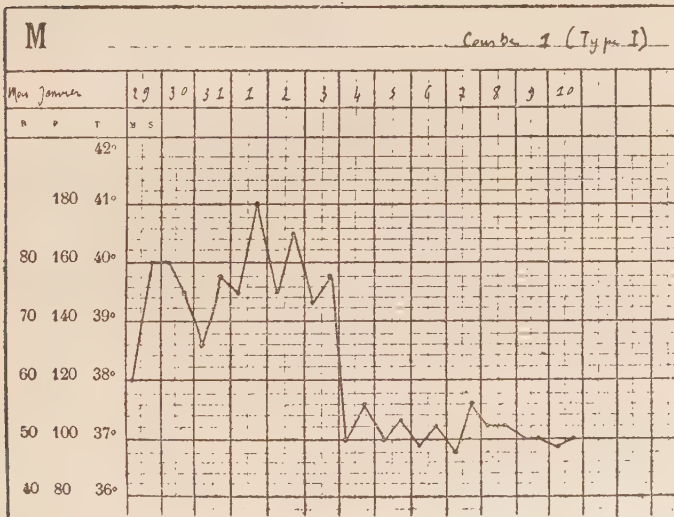
3. — Période d'état

Le malade souffre d'une toux incessante ; il a des crachats abondants, striés de sang. Mais ce qui doit surtout retenir l'attention, c'est l'état général et l'allure du foyer pulmonaire.

A. — ETAT GÉNÉRAL

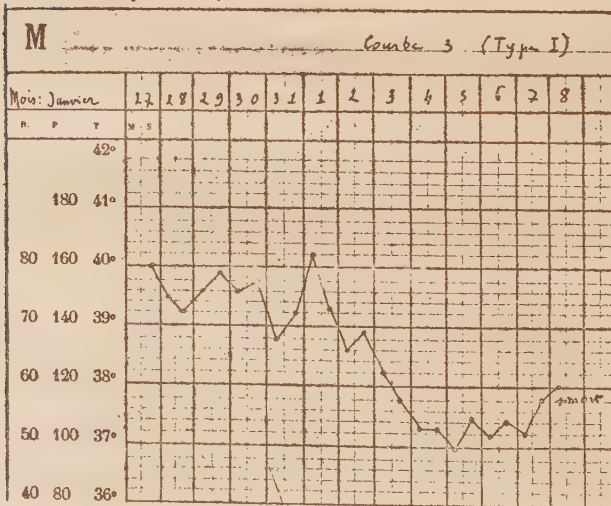
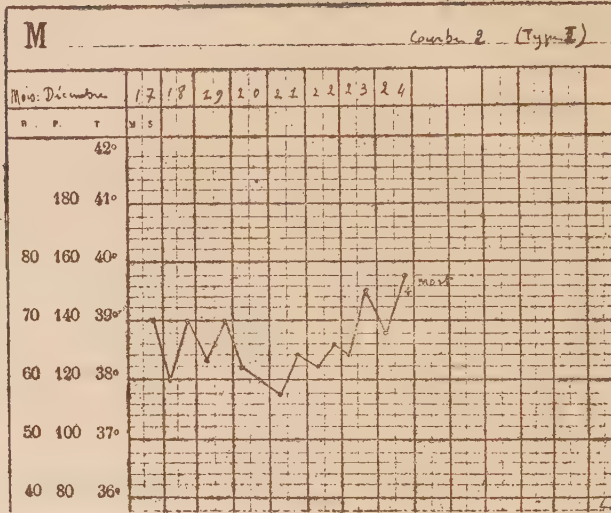
Etude de la température. — L'aspect de la courbe de température a toujours différé, au moins légèrement, de celui de la pneumonie classique. Le plateau a une régularité bien moindre. Pour la commodité de l'étude, trois types seront distingués. Cette classification est un peu artificielle, car il a existé des formes intermédiaires. Elle correspond cependant à des modalités cliniques différentes, bien observées.

Type 1. — C'est le type le plus proche de la forme



classique avec élévation brusque, atteignant 40° environ, suivie d'un plateau pendant six ou sept

jours. Cependant l'allure de la courbe, pendant ce



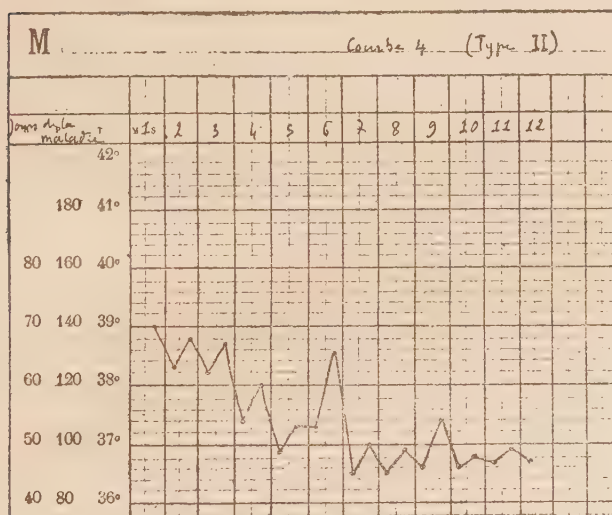
temps, se rapproche moins de l'horizontale et esquisse une légère défervescence. A la phase précri-

tique, la température remonte un peu, les oscillations sont plus marquées, puis la défervescence se fait plus ou moins brusquement.

D'ordinaire, quatre ou cinq jours après la chute thermique, un léger *retour offensif* se produit.

Si la mort doit être la terminaison de la maladie, la température se maintient au niveau qu'elle a atteint au moment de l'ascension précritique et l'exitus se produit, à moins qu'il ne survienne, cas rare, au moment du retour offensif (courbes 1,2,3).

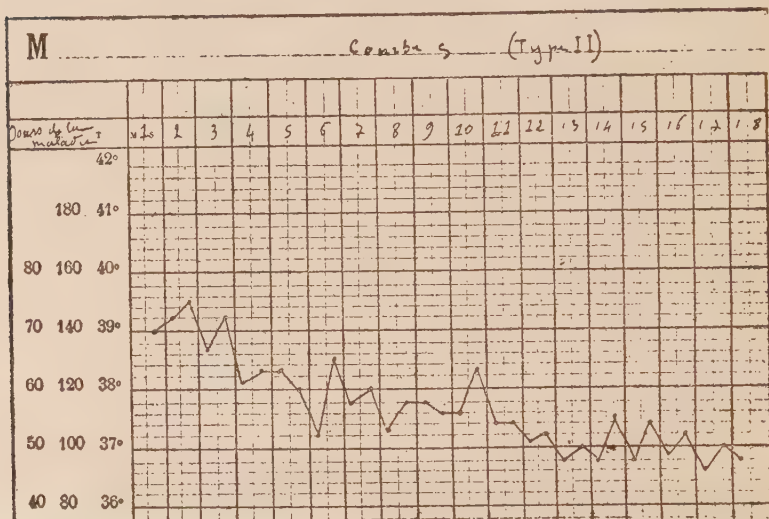
Type 2. — Ici encore, début brusque, mais par



une élévation de température, généralement, moins forte. Le plateau est remplacé par une *chute thermique franche*, en lysis, ne correspondant à aucune amélioration de l'état général.

A la phase précritique, la courbe remonte aux

environs de 39° pour tomber souvent en lysis au moment de la crise. En ce cas, le *retour offensif* est un peu plus marqué et la température, le plus souvent, dépasse 38° . La courbe prend alors un aspect *ondulant*. Il est arrivé que le retour offensif ne soit



pas unique (voir en particulier la courbe 6). Cet aspect se prolonge plusieurs semaines avec des maxima thermiques réguliers tous les quatre ou cinq jours (courbes 4, 5, 6).

Type 3. — Dans ce type, après un début avec une température à 39° , 40° , le plateau est interrompu, le deuxième ou le troisième jour, par une *déferescence brusque*, souvent jusqu'à 37° , sans amélioration de l'état général. Cette déferescence est immédiatement suivie d'une réascension de la courbe sensiblement au niveau de son point de départ. Pendant trois ou quatre jours, la température se maintient

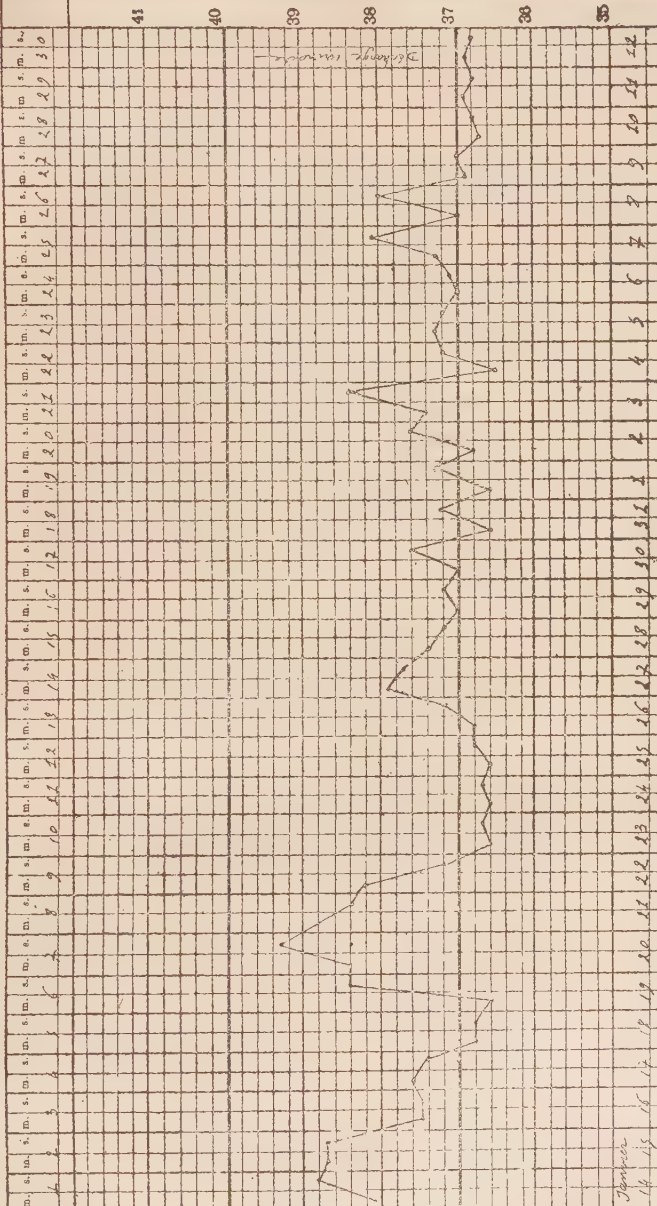
Courbe 6 (Type II) MALADIE

M

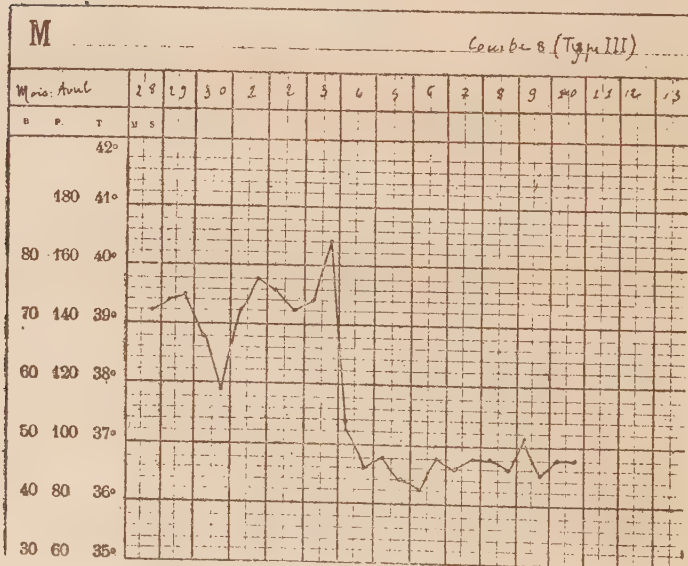
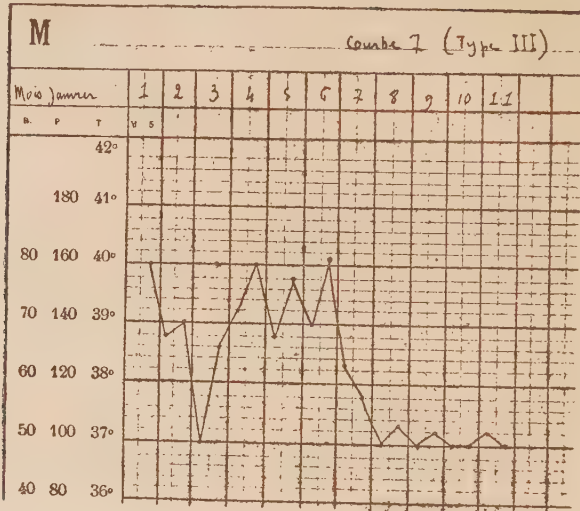
JOURS
DE LA MALADIE
R 50 P 140 T 595

75 170
70 160 41
65 150
60 140 40
55 130
50 120 39
45 110
40 100 38
35 99
30 90 37
25 79
20 63 36
15 50
10 40 35

DATES



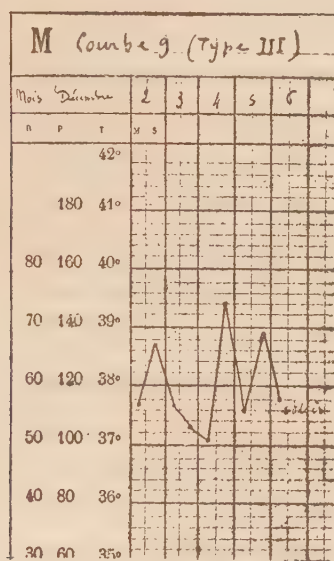
avec de légères oscillations, puis tombe brusque-



ment si l'issue doit être favorable. Il est impossible, à l'aspect de ces courbes, de ne pas penser au V

grippal, décrit en 1889 par Tessier et Menu, au moment de l'influenza et retrouvé de façon habituelle en 1918 (courbes 7, 8, 9,).

La défervescence signalée, au sujet du type I, au



cours du plateau, peut être comprise comme une exquise de ce V.

Autres types. — Il reste à signaler quelques cas plus rares :

Dans certains cas graves, l'ascension primitive s'accroissait pendant deux ou trois jours, interrompue brusquement par la mort.

Parfois, dans des cas bénins, la défervescence se produisait aussitôt, en lysis. Plus souvent alors, la courbe affectait un type se rapprochant de ceux déjà décrits, sans atteindre le même niveau, mais

presque toujours caractérisée par des oscillations régulières.

Le pouls suit la température, en règle très générale. La dissociation très rarement observée, est d'un pronostic défavorable et ne survient qu'à l'approche du dénouement (Obs. XXII).

Les urines sont rares, uratiques et albumineuses.

La langue est sèche, rôtie ; les lèvres fuligineuses avec, dans la bouche, de gros crachats muco-purulents, difficiles à extraire.

Le délire est très fréquent.

Les sueurs sont souvent abondantes.

B. — SIGNES PHYSIQUES

La *matité* n'est jamais complète, ce qui n'est pas sans intérêt pour dépister, de façon précoce, la réaction pleurale de voisinage.

L'*auscultation* ne donne pas habituellement la sensation d'un foyer pneumonique typique.

Souvent, on entend un gros souffle tubaire, entouré de râles plus nombreux, plus gros, plus inégaux que les crépitants, qui donnent l'impression d'être « près de l'oreille » (Obs. XV).

Ce sont ces râles qui peuvent prendre un timbre spécial, aigre, désagréable à l'oreille et qui presque toujours ont été de fâcheux augure (Obs. VI, VII et XVIII).

Parfois le souffle prend un timbre presque cavitaire et s'entoure de râles très humides, très bulleux, rap-

pelant le ramollissement qui précède la caverne tuberculeuse (Obs. VI).

Dans les formes bénignes, sans hépatisation, le souffle est très discret, n'apparaissant qu'après la toux, entouré d'une petite couronne de râles crépitants.

Dans certains cas, il n'existe que de la cortico-pleurite.

Le *côté opposé* au foyer pneumonique a *toujours été atteint* : le plus souvent, il y avait des sous-crépitations à la base. Ces râles sont plus nombreux et plus perceptibles que les râles fins du foyer pulmonaire : de là, la possibilité d'une erreur de localisation et l'utilité de faire préciser au malade le siège de son point de côté.

4. — Période précritique.

Marquée par une *élévation de température*, déjà signalée, avec *accentuation des phénomènes généraux* et en particulier une accentuation du délire.

5. — Période critique.

Voici les phénomènes qui marquaient cette période et l'ordre habituel de leur apparition.

D'abord une *décoloration légère des urines*, sans augmentation notable de leur volume.

Puis le malade passe une *nuît assez bonne* ; il a dormi et signale une *sensation de mieux être*. Sou-

vent aussi, mais de manière plus inconstante, il est baigné de sueurs.

Presque en même temps la *température s'abaisse*, soit brusquement, soit en deux jours.

Enfin se produit alors la *crise urinaire*,

Quant aux *signes pulmonaires*, ils *persistent encore longtemps*. Ils sont parfois perceptibles 15 jours, parfois 3 semaines après la défervescence.

6. — Convalescence.

Elle est longue : les malades restent très fatigués. On ne les peut guère considérer comme guéris qu'un mois après le début de l'affection. Pendant cette période de convalescence leur état exige une surveillance attentive et réclame, en particulier, des soins de la peau, pour éviter la formation d'eschares (bouche).

IV. — FORMES CLINIQUES.

A côté des formes qui viennent d'être décrites, il convient de signaler :

Les pleurésies purulentes primitives : en apparence du moins (Obs. VIII et XI), trouvées au premier examen, ou même à l'autopsie d'un vieillard décédé subitement, sans que rien n'ait fait soupçonner la maladie.

Quelques cas rares de **gangrène du poumon** (Obs. XVII).

Les affections bénignes : quelques trachéites et des bronchites (Obs. XVIII et XX) qui évoluèrent de façon cyclique avec une température dont la courbe présentait l'aspect oscillant dont il a été précédemment parlé.

Chez les sujets précédemment connus comme cardiaques, paralysés (surtout par ramollissement cérébral), **tuberculeux**.

a) **Chez les cardiaques** : on a : soit une *asystolie* marquée de caractères bien particuliers ; en effet, la défaillance du cœur s'accompagne d'une température de 39° environ, de crachats, et l'amélioration se produit vers le neuvième jour ; soit dans les cas graves, un *œdème aigu infectieux* (Obs. XII). Une

seule fois, on a observé une *pleurésie hémorragique* (Obs. XXI).

b) **Chez les paralysés grabataires** : l'*insidiosité* du début a déjà été signalée : ni toux, ni crachats, un peu de *dyspnée*. Il faut noter quelques modifications :

Modifications de l'état général : perte de l'appétit, facies terreux, traits tirés, langue sale.

Modifications des phénomènes nerveux : assez souvent une *exagération de la contracture* (Obs. IX et XXII). Quelquefois chez les malades précédemment agités, une diminution de l'agitation. Il n'est pas exceptionnel de noter un tremblement particulier des mains (Obs. XXII).

Les signes physiques sont variables : parfois, ils dénonçaient de gros blocs d'hépatisation ; plus souvent une congestion légère des deux bases, en nombre de cas, en désaccord avec la dyspnée. Mais quelque soit le résultat de l'auscultation, l'affection était toujours très grave et, dans le petit nombre des grabataires atteints, la guérison fut exceptionnelle.

c) **Chez les tuberculeux pulmonaires** : deux cas sont à distinguer suivant que, chez eux, la tuberculose est connue d'avance ou qu'elle est ignorée :

Tuberculose avérée. — La lésion bacillaire reçoit un *coup de fouet* ; la maladie est fatale aux tuberculeux, ou bien, elle évolue dans des conditions à peu près normales : la crise urinaire se fait, mais la température ne tombe pas franchement ; elle marque

désormais des oscillations ; les signes stéthoscopiques de l'affection aiguë s'amendent mais ceux du foyer bacillaires'aggravent rapidement, donnant souvent des cavernes, dans les semaines qui suivent. Si le malade ne s'achemine rapidement vers la mort, son état, après cette poussée, reste défavorablement influencé (Obs. XXIII, XXIV et XXV).

Tuberculose ignorée. — Le plus souvent, en pareil cas, le signe révélateur est l'hémoptysie. Cette hémoptysie assez importante se produit parfois au cours de la pneumopathie. Généralement, cependant, l'affection grippale évolue de la façon habituelle et l'hémoptysie ne se produit que quelques jours après la défervescence, accompagnée d'une nouvelle poussée thermique. Ensuite, restent des lésions parenchymateuses à évolution torpide (obs. XXVI et XXVII).

Formes suivant les périodes de l'épidémie.

— Les différentes formes cliniques ne se présentent pas à des moments quelconques de l'épidémie.

L'évolution de celle-ci peut, en effet, être divisée en trois périodes.

Une période de début. — L'épidémie débute par quelques cas plus ou moins nombreux, de gravité variable. On rencontre à cette période des formes sévères avec degros blocs d'hépatisation, mais aussi de simples bronchites, des cas bénins.

Une période d' « acmé ». — Le nombre des grip-pes s'est élevé rapidement, d'une façon considérable ; ils sont très nombreux et la gravité, sou-

vent extrême, est de règle. C'est à ce moment, en particulier, que se présentent les pleurésies purulentes.

Une période de déclin. — La période d' « acmé » cesse avec la rapidité de son apparition : on ne voit plus de grippés, ou bien, s'il en entre encore dans le service, c'est à une cadence, soudain extrêmement ralentie. C'est pendant cette période, parfois inexistante, que se présentent des formes en majorité, bénignes. Les signes stéthoscopiques, qui accompagnent l'élévation thermique, sont des râles ronflants, quelques sibilants disséminés. La défervescence se fait rapidement.

Cette épidémie principale peut être précédée, quelques semaines plus tôt, d'une première poussée, correspondant à une première chute thermométrique. Absolument indépendante, elle se manifeste généralement par quelques cas, atteignant d'emblée, une haute gravité.

V. — COMPLICATIONS

Eschares sacrées. — C'est la complication la plus fréquente, presque habituelle, chez les nerveux organiques. Difficile à combattre, elle est d'un pronostic grave (obs. IX, XXII).

Anthrax. — Complication cutanée qui a été relevée chez un seul malade (obs. II).

Herpès. — Rare : rencontré chez un seul grippé, à la période de début (obs. XV).

Infection à distance. — Une gangrène du pied à forme œdémateuse a été observée.

Otites. — Deux dans l'épidémie 1928-1929. L'une au cours d'une grippe bénigne, l'autre chez un malade qui fit une poussée de tuberculose et mourut en trois semaines.

Parotidite. — Elle n'est pas exceptionnelle. Elle débute après la période aiguë de la grippe, quand la température s'est abaissée, par une élévation en clocher de la courbe thermique, et une tuméfaction locale (obs. XXVIII).

Phlébites. — Deux cas sont notés. Toutes deux bilatérales, avec un œdème modéré, survinrent au cours de gripes très graves qui se terminèrent par la mort.

Troubles psychiques. — En dehors du délire, dont il a déjà été parlé, coïncidant avec la phase aiguë de l'infection et disparaissant avec elle, il convient de signaler des troubles moins transitoires. Chez un malade hémiplégique et épileptique fruste, ils atteignirent une intensité et une durée telles qu'ils contraignirent à un internement. Un autre sujet, sans antécédent nerveux connu, commence sa grippe par du délire nocturne ; le septième jour, sa température tombe, mais le délire continue avec promenades nocturnes et diurnes dans la salle et incontinence des urines et des matières. La crise urinaire se fait ; malgré l'état général satisfaisant, les troubles psychiques ne s'amendent pas. Pas d'incontinence pendant quelques jours, mais bientôt elle reparait. On la note encore quinze jours après la défervescence. A partir de ce moment, cependant, les troubles s'atténuent mais le malade ne peut sortir guéri, revenu à son état normal, que vingt jours plus tard, soit environ un mois et demi après la chute thermique (obs. XXIX).

Hémoptysie. — Déjà notée chez les tuberculeux latents.

Défaillance cardiaque. — Déjà signalée chez les cardiaques. Chez les autres vieillards, cependant, c'est une complication toujours à redouter. On sait quelle surveillance exige le cœur dans toutes les affections pulmonaires.

Pleurésie purulente. — C'est une complication qu'il faut rechercher systématiquement et avec

soin, car elle s'établit souvent sans signes cliniques évidents. Voici les symptômes qui paraissent les plus constants :

Le point de côté violent, qui manque pourtant assez fréquemment.

Le souffle qui monte, dont une auscultation très attentive permet de suivre l'ascension.

La *matité franche*, qui est vraiment le seul signe constant.

Le diagnostic est d'autant plus difficile à établir qu'il y a discordance entre la percussion et l'auscultation : le *murmure vésiculaire reste perceptible* (obs. V) très fréquemment.

De plus l'examen des grabataires est gêné considérablement par la presque impossibilité de les maintenir dans la position assise.

VI. — PRONOSTIC

Voici quels en sont les éléments :

1° Etat antérieur.

Chez les nerveux : les hémiplegiques, les parkinsonniens, la gravité est toujours très grande. La production d'*eschares* vient encore assombrir le pronostic.

Chez les cardiaques : la défaillance habituelle du muscle cardiaque rend l'évolution plus dangereuse. Dans les cas d'œdème aigu infectieux, le pronostic est presque fatal. Dans l'épidémie 1927-1928, trois morts sur quatre cas.

2° Etat général.

Etat de la *langue* : une langue humide doit rendre optimiste. Une langue très sèche, rugueuse, sale, impossible à nettoyer, est d'un pronostic très mauvais.

Le *délire* : toujours en relation avec un état grave, doit inquiéter davantage s'il devient constant, prend une forme douce, accompagné d'asthénie complète,

surtout s'il succède à de l'agitation (obs. XXIII). Cet état est à rapprocher, sans doute, de la résolution musculaire (obs. XVII).

3^o Signes fonctionnels.

La respiration : Quand la respiration devient rapide, quand l'inspiration se fait profondément, avec effort terminal, malgré, bien souvent, la disproportion entre cet état du malade et les signes physiques, malgré même une courbe de température qui parfois esquisse une chute, l'état du malade est quasi désespéré.

4^o Signes physiques.

Des râles secs, superficiels, d'un timbre désagréable à l'oreille ont été notés, qui comportaient d'importantes réserves sur l'évolution.

Les pleurésies purulentes observées, quelque ait été le traitement, opérées ou non, se sont toutes terminées par la mort.

VII. — TRAITEMENT

Traitement symptomatique. — Il a surtout consisté à soutenir le cœur par la digitale et l'huile camphrée. Il faut ajouter la révulsion et les soins d'hygiène qui ont une importance notoire : soins de la bouche, soins de la peau.

Vaccination curative. — Elle a été employée sans qu'elle ait semblé entraîner de modifications appréciables de la courbe thermique.

VIII. — MESURES PRÉVENTIVES

Vaccination préventive. — Trois années de suite, dans la première quinzaine du mois de novembre, la vaccination préventive a été pratiquée systématiquement dans plusieurs dortoirs. Le vaccin employé, vaccin de Weill et Dufour, fut injecté en trois fois, à dose progressive de 0 cc. 50, 1 cc., 1 cc. 50. Cette vaccination ne semble pas avoir donné de résultat appréciable. Lors de l'épidémie 1926-1927, l'essai, le premier fait, avait été assez encourageant. Le nombre des malades avait été relativement faible. Chez les sujets vaccinés l'affection s'était montrée rarement, et habituellement de façon bénigne. Malheureusement, il n'en fut pas de même en 1927-1928. Les hospitalisés vaccinés et non vaccinés furent pris à peu près en nombre égal ; même les malades furent un peu plus nombreux chez les vaccinés et les cas sévères, les décès, plus fréquents.

Voici les chiffres des malades et des morts dans les deux catégories :

Epidémie 1926-1927.

Grippés : 25	Vaccinés : 7
	Non vaccinés : 18
Décédés : 9	Vaccinés : 3
	Non vaccinés : 6

Epidémie 1927-1928.

Grippés : 47	Vaccinés : 25
	Non vaccinés : 22
Décédés : 23	Vaccinés : 18
	Non vaccinés : 5

Il faut ajouter que les sujets non vaccinés étaient les plus robustes de la population : leur résistance devait donc être plus grande. En outre, chargés de petits travaux, de ce fait, plus isolés, ils étaient moins exposés à la contagion. Ils payèrent cependant un lourd tribut à l'épidémie.

Les résultats obtenus en 1928-1929 ne furent guère plus encourageants :

Epidémie 1928-1929.

Grippés : 33	Vaccinés : 12	Nombre de sujets : 140
	Non vaccinés : 21	— 200
Décédés : 13	Vaccinés : 5	
	Non vaccinés : 8	

Les malades vaccinés furent atteints à des périodes plus ou moins proches de leur vaccination. L'un d'eux, décédé de pneumonie, avec pleurésie purulente, fut atteint au cours de sa vaccination : le lendemain de la deuxième injection. D..., chez qui l'affection devait être mortelle, fut atteint également après la deuxième injection. Quelques-uns furent atteints un mois après la vaccination ; les plus nombreux deux mois après, environ.

Il semble donc difficile d'obtenir par la vaccination préventive l'immunité contre la grippe saison-

nière. Cela semble d'autant plus difficile que l'immunité naturelle elle-même n'est pas absolue. Cinq sujets, atteints par l'épidémie de 1927-1928, l'avaient été déjà par celle de 1926-1927. Il est vrai qu'il n'y eut pas de décès parmi eux mais il y eut deux cas graves. Il faut aussi à ce sujet, signaler le cas d'un vieillard qui fut atteint deux fois à un mois et demi d'intervalle et qui fit ainsi deux grippes, bénignes il est vrai, au cours d'une même épidémie.

Comme moyen de prévention il reste l'isolement ordinairement difficile à réaliser. Devant la contagiosité extrême de l'affection et son mode d'homme à homme, il faut y recourir d'emblée : tout malade grippé doit être isolé immédiatement, au même titre que les sujets atteints d'une autre maladie infectieuse.

Le dépistage sera le plus précoce possible. Les mesures d'hygiène générale très strictes.

IX. — ÉTIOLOGIE

On se trouve bien, en effet, en présence d'une maladie infectieuse, mais quel est son agent ?

Est-ce le pneumocoque ?... Sans aucun doute ce microbe joue un rôle très important. Les examens de crachats qui furent faits systématiquement, révélèrent sa présence. D'autre part, l'allure cyclique des affections pulmonaires le dénonçait. Les pneumococcies pourraient-elles donc, en certains cas, en certaines circonstances, atmosphériques par exemple, prendre ce caractère épidémique ?...

Ou bien doit-on penser plutôt que l'infection pneumococcique n'est que secondaire, complication habituelle d'un état infectieux primitif à agent inconnu, dû peut-être à un virus filtrant, semblable à celui accusé en 1918... En faveur de cette hypothèse serait :

La contagion rapide et massive ;

La forme des courbes thermiques dans lesquelles on retrouve si fréquemment le V. grippal ;

La rareté des signes stéthoscopiques aux premiers examens ;

La longueur de la convalescence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Malade de soixante-deux ans. Hémiparétique gauche, marchant difficilement. Il entre dans le service le 27 janvier 1928.

Aucun prodrome pulmonaire, mais *diarrhée* profuse depuis 3 jours. On ne peut préciser s'il y a eu un frisson et un point de côté. Pas de délire, mais un peu d'agitation nocturne.

28 janvier. — Le malade est somnolent, le faciès cyanosé. Il est *dypnéisant*; la respiration est superficielle, abdominale.

Température : 40°. Urines colorées, contenant des traces d'albumine. *Langue sale, sèche*.

L'examen local ne montre qu'une *légère submatité* du poumon gauche avec *diminution*, presque abolition du murmure vésiculaire.

29 janvier. — Malade toujours fatigué. *Langue sèche et rôtie* avec soif ardente.

Température : 39°5.

Pouls : 130.

Respirations : 40.

Urines : faible volume.

Examen des poumons :

A gauche (*côté hémiplégié*), apparition d'un foyer à la partie moyenne avec *crépitants et souffle discret*.

1^{er} février :

Température : 40°.

Pouls : 132.

Respiration : 60.

Etat général très atteint : dyspnée formidable ; oligurie.

Examen des poumons :

A gauche : foyer plus large avec bouffées de râles crépitants et souffle tubaire intensé.

A droite : submatité du sommet avec vibrations augmentées. A ce niveau quelques crépitants avec souffle tubaire discret.

Cœur : tachycardie avec bruits très assourdis.

3 février :

Température : 38°2.

Pouls : 84.

Respirations : 32.

Malade toujours profondément abattu.

Foyer typique au sommet droit avec souffle tubaire intense.

Le foyer gauche a diminué ; le souffle tubaire a régressé : il est maintenant discret.

4 février :

Température : 37°3.

Pouls : 85.

Respirations : 35.

Poumon gauche : pluie de râles crépitants survenant par bouffées.

Poumon droit : souffle tubaire empiétant sur les deux temps de la respiration.

7 février. — *Langue toujours rôtie*. Pouls petit, rapide, hypotendu : 108.

Au foyer gauche : on perçoit toujours le souffle devenu expiratoire, sans râle.

Au foyer droit : le souffle persiste.

8 février :

Température : 38°.

Pouls : 110.

Respirations : 55.

Le malade très fatigué n'a pas dormi. Dyspnée formidable ; tachycardie, cœur affolé. Cyanose excessivement marquée.

Langue rôtie. Oligurie extrême. Urines hyperphosphatées.

Exitus dans la soirée.

Autopsie :

Poumon gauche : adhérences pleurales. Bloc donnant à la coupe un aspect marmoréen. Au-dessous foyer d'hépatisation rouge, laissant s'écouler une sérosité spumeuse.

Poumon droit : au sommet droit, hépatisation rouge.

OBSERVATION II

D... est un vieillard de 78 ans, entré dans le service le 3 janvier 1928 pour œdème de la jambe droite et fatigue générale, caractérisée par des signes fonctionnels peu importants.

Ce malade qui présentait à son entrée de la congestion passive des deux bases, surtout marquée à droite, a fait une

série de poussées fébriles traduisant une infection pneumococcique.

14 janvier. — Première poussée fébrile, le lendemain du jour où son voisin de lit avait fait son délire. Cette première poussée fut précédée d'un malaise général avec *douleur diffuse* dans l'abdomen et de *vomissements*. Pas de céphalée, pas de frisson, pas d'expectoration. Urines rares, foncées, albumineuses.

Aux poumons des râles très fins à la base droite et quelques-uns à la base gauche.

La température accuse une défervescence jusqu'au 19 janvier.

20 janvier. — Deuxième poussée fébrile, précédée des mêmes prodromes que la première : anorexie, vomissements, douleurs diffuses. Pas de céphalée. Toux rare, sans expectoration.

La percussion du poumon droit donne une zone de *submatité*, presque *matité*, s'étendant sur trois travers de doigts, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate.

A ce niveau : *petit souffle* avec quelques *râles crépitants très fins et superficiels*.

Urines rares, foncées, albumineuses.

Le 21, défervescence.

27 janvier. — Troisième poussée moins importante que les précédentes, précédée encoré d'anorexie, vomissements.

Râles à droite. — Urines albumineuses.

30 janvier. — On observe un commencement de suppuration de furoncles, annoncée par une rougeur diffuse quelques jours auparavant.

A partir du 30 les oscillations deviennent plus fréquentes.

Le 2 février, autre poussée.

Depuis le 30 janvier apparition d'anthrax qui commence à se résorber le 25 février.

Le malade quitte le service, guéri, le 30 avril.

OBSERVATION III

4 novembre 1924. — On apporte le malade parce qu'il est *tombe* dans le chauffoir. Perte de connaissance de courte durée. Il se plaint seulement de fatigue générale et d'avoir eu la veille, dans l'après-midi, quelques *vomissements*.

A l'examen le malade se présente dans le décubitus dorsal, la face cyanosée et légèrement *dyspnéisante*.

Température : 37°6.

Au point de vue pulmonaire : submatité de la région sous-épineuse droite avec augmentation des vibrations du même côté et à l'auscultation, un *murmure vésiculaire légèrement diminué* ; quelques frottements.

5 novembre. — Au matin température à 37° seulement ; mais la cyanose de la face a augmenté et celle des extrémités est apparue. Le malade est abattu, *dyspnésiant*, mais n'accuse aucun point de côté.

Examen des poumons :

Poumon gauche normal.

Poumon droit : dans la fosse sous-épineuse et légèrement dans l'aisselle, à la percussion : matité ; à l'auscultation : souffle aux deux temps de la respiration, souffle congestif qui augmente à la toux et est entouré d'une zone de râles sous-crépitaux et crépitaux.

Appareil circulatoire. — Pouls à 90. Arythmie très prononcée. Deuxième bruit claqué.

Appareil digestif. — Appétit conservé. Plus de vomissements, ni constipation, ni diarrhée.

Urines rares. Traces d'albumine.

Intellect normal.

Dans la journée l'état du malade n'empire pas ; la température à 17 heures est seulement de 37°6. Urines toujours rares.

6 novembre. — Au matin température 39°.

La fatigue est très augmentée. Le malade *légèrement obnubilé* se lève et va au montauban. On le recouche. Il est pris de frissons et de dyspnée intense. La face et les lèvres sont extrêmement cyanosées.

Peu après : exitus.

Autopsie : Bloc pneumonique à la base droite.

OBSERVATION IV

Dans la nuit du 24 au 25 janvier 1925, le malade sur lequel rien n'avait attiré l'attention tombe de son lit. Le lendemain :

Température : matin : 38°.

soir : 38°4.

Rétention d'urine obligeant au sondage.

26 novembre :

Température : 37°4.

Pouls : 84, bien frappé, mais arythmique.

Respiration : 32.

Malade très affaibli, pâle, amaigri.

A la base droite : matité. *Quelques râles superficiels, de tonalité élevée, surtout inspiratoire.*

A la base gauche : submatité et râles fins.

Cœur : arythmie et assourdissement des bruits.

Le soir, température : 38°4.

27 janvier. — Malade un peu moins abattu. La rétention persiste.

Température : matin : 37°9.

soir : 38°7.

Pouls : 84.

Respiration : 32.

La matité de la base gauche persiste mais les râles ont pris un timbre plus humide ; en même temps, ils ont envahi presque toute la hauteur du poumon gauche et remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate.

28 janvier. — Exitus.

OBSERVATION V

Le malade qui était *enrhumé* et toussait depuis quelques jours veut se lever pour uriner, dans la nuit du 3 au 4 février 1928. *Il tombe* et ne peut se relever. On ne peut savoir combien de temps il resta étendu à terre : plus d'une heure. Recouché, il est pris de *frissons* ; il souffre de *céphalée*.

4 février. — Au matin, le malade est assis dans son lit, *dyspnéisant*, le *facies un peu violacé*. Température : 38°4 ; elle montera le soir à 40°3.

Examen de l'appareil respiratoire : Légère submatité droite.

Au niveau de la pointe de l'omoplate, respiration légère-

ment soufflante, accompagnée de râles assez sonores, peu nombreux, à la fin de l'inspiration.

Appareil circulatoire. — Cœur : souffle d'insuffisance mitrale. Pouls : 120 pulsations, rapides, petites, bien frappées.

Urines très rares. Albumine en présence notable.

6 février. — Apparition nette d'un foyer droit. Toute la région moyenne est occupée par de gros râles sous-crépitants. Dyspnée plus intense. Gros râle trachéal.

Pouls : 110.

Température : matin : 39°3.

soir : 39°6.

Urines : cent centimètres cubes.

7 février. — Matité de tout le poumon droit. Le souffle est net sous la pointe de l'omoplate. Quelques râles secs vers la région moyenne.

Il est impossible de recueillir les urines. Le malade commence à délirer.

Température : matin : 39°2.

soir : 38°8.

8 février. — *Le délire augmente.* Le malade veut se lever. Oppression énorme : 38 respirations. *Langue sèche et sale.* Le malade ne crache pas.

Température : matin : 38°7.

soir : 38°5.

Pouls : 109.

février :

Température : 37°8.

Pouls : 102.

Respiration : 30.

La langue est moins sale, un peu humide. La respiration est si bruyante qu'on ne peut entendre les bruits du cœur.

9 février :

Température : 38°8.

Pouls : 102.

Respiration : 37.

La respiration est profonde, contrastant avec le facies cyanosé.

Matité presque absolue du poumon droit. Murmure vésiculaire diminué; cependant, on perçoit les bruits surajoutés.

Une ponction exploratrice ramène un liquide citrin, un peu opalescent; l'examen cytologique y décele la présence de polynucléaires et de pneumocoques.

13 février. — Amélioration. Malade moins abattu, il ne divague plus; la nuit a été plus calme. Il est moins essoufflé; mais la langue est toujours sale.

Température : 38°.

Pouls : 90.

Respiration : 28.

15 février :

Température : 38°2.

Pouls : 100.

Respiration : 30.

Le pouls augmente, la respiration s'accélère, redevient profonde; le facies se cyanose.

17 février. — *Escharre sacrée*.

Température : matin : 38°.

soir : 38°5.

Pouls : 118.

Respiration : 30.

21 février :

Température : 37°5.

Pouls ; 100.

Respiration : 32.

Matité à la percussion.

25 février :

Température : 38°4.

Pouls : 100.

Respiration : 34.

On a retiré par une ponction 150 grammes d'un liquide purulent peu épais.

26 février. — Nouvelle ponction.

La malade meurt quelques heures plus tard après reprise du râle trachéal.

Autopsie. — Poumon droit très adhérent à la plèvre pariétale. Liquide purulent. Les lobes sont entièrement pris par la pneumonie.

OBSERVATION VI

Malade de 77 ans, entre dans le service le 18 janvier 1928 pour toux et fatigue générale.

Depuis une quinzaine de jours, le vieillard se sent fatigué ; puis, cinq ou six jours plus tard, commence à tousser et à cracher ; enfin il s'allite. Ni troubles digestifs, ni point de côté.

Cependant quand on l'amène dans le service, son état général est profondément touché ; les pommettes sont rouges, la langue sèche et rôtie, la respiration rapide, superficielle, le facies anxieux et agité.

Température : 38°.

Pouls : 96.

Respiration: 36.

Urines rares, avec albuminurie légère.

La toux, quinteuse, amène une expectoration muco-purulente.

On ne tarde pas à s'apercevoir que le caractère du sujet, habituellement aimable, est *insupportable*. La nuit : un peu de délire.

Examen des poumons :

A gauche : submatité de la base. Au sommet : *souffle tubaire intense* avec pluie de *râles très humides, rappelant le ramollissement* qui précède la caverne tuberculeuse. A la base : de gros sous-crépîtants.

A droite : quelques sous-crépîtants disséminés, surtout, nombreux à la base.

Appareil circulatoire :

Cœur : bruits très assourdis. Le foie est gros et douloureux, débordant de trois travers de doigt le rebord costal.

21 janvier :

Température : 37°8.

Pouls : 84.

Meilleur état général. Le malade moins agité a passé une *bonne nuit* ; la *langue est plus humide*. Les urines sont toujours foncées.

A l'examen : on trouve toujours le foyer du sommet gauche ; le souffle tubaire est moins intense. Cependant à hauteur de l'épine de l'omoplate il existe un foyer de *crépîtants fins, superficiels, désagréables à l'oreille*.

Les bruits du cœur restent sourds. Le poulx est mieux frappé.

24 janvier. — *Décharge urinaire.* — *Le malade se sent mieux.*

A partir du 31 janvier, le malade entre en convalescence ; il sort du service le 18 février complètement guéri.

OBSERVATION VII

Malade de 64 ans, entre dans le service le 4 février 1928

Le 31 janvier, vers six heures, le malade a pris froid ; il essaye de se réchauffer au poêle sans y parvenir. Il se couche et reste *frissonnant* pendant une heure. *Il transpire énormément* et souffre de *céphalée*. Il a quelques *vomissements* bilieux. Il souffre dans le *côté gauche*, assez bas vers le huitième espace. Anorexie, *constipation*, oligurie.

1^{er} février. — Il commence à cracher un peu : rouge brique.

Malgré ses symptômes, qui ne durent pas présenter une grande acuité, puisqu'ils ne l'inquiétèrent pas, le vieillard entre seulement le 4 février.

4 février :

Température : 38°5. Soir : 39°.

Pouls : 108.

Respiration : 32.

Le malade ne paraît pas trop fatigué, la langue est humide.

Examen :

A gauche : submatité à la base. Sous la pointe de l'omoplate : souffle tubaire bien limité, accompagné de râles secs,

éclatants, qu'on entend depuis l'espace inter-scapulo-vertébral jusque vers la base avec maximum au milieu du foyer.

A droite : souffle léger à la base très limité, avec foyer de sous-crépitations.

Urines : 20 cmc. environ.

6 février :

Température : 38°5. Soir : 39°3.

Pouls : 104.

Respiration : 40.

Urines 500 cmc. environ. La langue est humide. Le malade dort mal.

A gauche : le souffle est moins intense, plus doux ; on entend le déplissement un peu moins sec des alvéoles ; les râles sont moins éclatants.

A droite : le foyer ne semble pas plus important.

8 février :

Température : 38°3. Soir : 38°.

Pouls : 98.

Respiration : 32.

Urines : 600 cmc.

A gauche : souffle persiste. Maximum à la partie moyenne de l'espace inter-scapulo-vertébral. Râles secs.

A droite pas de souffle Sous-crépitations disséminés.

10 février :

Température : 37°8. Soir : 38°.

Pouls : 80.

Respiration : 24.

Urines : 700 cmc.

Le souffle est plus doux. Les râles plus doux et moins secs.

12 février :

Température : 37°3. Soir : 38°2.

Pouls : 74.

Urines : 1.500 cmc.

20 février. — L'amélioration s'est poursuivie. Quelques râles fins et secs à la base gauche. La respiration est calme. Bon état général.

Le vieillard guéri, quitte le service le 3 mars.

OBSERVATION VIII

Malade de 54 ans, *hémiplegique droit*, épileptique.

Depuis le 9 janv. 1928, le vieillard semble plus fatigué, mais ne présente pas d'autres phénomènes. Le 17, au soir, la fatigue s'accroît ; le faciès est pâle avec des lèvres cyanosées. Dyspnée assez intense, râle trachéal ; le malade donne l'impression d'être gravement atteint. Température 40°.

Examen :

A droite (*côté hémiplegié*) : *matité complète* remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Vibrations abolies. Le murmure vésiculaire n'est pas perçu. Souffle tubo-pleural à la partie supérieure de l'épanchement et au sommet où l'on entend aussi quelques sous-crépitations.

A gauche : quelques sous-crépitations disséminés.

Une ponction a ramené un liquide louche, laissant déposer un réseau fibrineux chocolat. Examen microscopique : polynucléose.

Les jours suivants : la température tombe peu à peu

de 40° à 38°. L'état du malade, quoique très lentement, semble s'améliorer.

24 janvier. Excitus.

Autopsie. — Pleurésie purulente (3 litres de liquide).

Poumon droit ratatiné, congestionné, sans foyer hépatisé

Poumon gauche : congestion légère de la base.

OBSERVATION IX

Malade de 28 ans, parkinsonnien, cachectique.

Vers le 25 décembre 1927, deux *eschares* apparaissent, l'une sacrée, l'autre, plus importante, au niveau du trochanter droit. La maladie semble évoluer vers la mort : la cachexie augmente, la *contracture* devient extrême, tous les traitements des *eschares* échouent ; le trochanter est à découvert.

Le malade meurt le 16 février, sans que rien n'ait attiré l'attention vers l'appareil respiratoire.

Autopsie. — Deux foyers de pneumonie : un à droite, le plus important ; l'autre à gauche.

OBSERVATION X

Ce malade, amaigri et cachectique, grabataire, est décédé le 10 décembre 1926 sans que rien n'ait attiré l'attention sur lui.

Autopsie. — Pneumonie du sommet droit : hépatisation grise. Le poumon droit présente à son sommet un tubercule de la grosseur d'une noisette, autour duquel s'est produite l'hépatisation.

OBSERVATION XI

Le malade est mort subitement le 4 février 1926. Le vieillard de 84 ans, non vacciné, n'avait présenté, en dehors d'un peu d'arythmie, un peu de toux, aucun signe fonctionnel préalable. Pas de fièvre : la température oscillait entre 36°7 et 37°2 ; le 4 février au matin, température 36°9.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on tombe sur un énorme épanchement purulent de la plèvre droite : deux litres environ : pus bien lié, jaune verdâtre. Le poumon, rétracté, est recouvert d'une membrane épaisse ; il est d'apparence saine.

OBSERVATION XII

Malade de 87 ans, connu de longue date comme cardiaque.

Il se sent plus fatigué depuis quatre ou cinq jours et tousse un peu plus que de coutume.

Subitement, dans la nuit du 5 au 6 février 1928, le malade manifeste une agitation extrême ; il *tombe trois fois de son lit*. Une dyspnée intense apparaît : 52 respirations à la minute, avec un ronchus particulier existant aux deux temps mais surtout inspiratoire. L'expiration est aidée par les muscles abdominaux : la paroi se déprime.

Le facies est angoissé, pâle, avec des lèvres cyanosées.

Température : 38°5.

Auscultation : l'affection se présente sous la forme d'un *œdème aigu du poumon* ; sous-crépitaux aux deux bases, mais beaucoup plus accentués à gauche ; plus haut : ron-

flants et sibilants. A droite, souffle, très bas situé, dans la région para-vertébrale.

Le pouls est très irrégulier, mal frappé, rapide. Les bruits du cœur sont sourds, difficiles à percevoir en raison de la dyspnée.

Le malade est décédé au sixième jour.

Autopsie. — Elle a montré un engouement congestif très prononcé, aux deux bases pulmonaires, mais prédominant à gauche.

OBSERVATION XIII

Dans la nuit du 23 au 24 février 1928, le malade, vieillard de 85 ans, a eu des *sueurs abondantes*, et a ressenti des douleurs abdominales violentes, sans localisation précise. Pas de frissons ; pas de phase prodromique. Le malade ne peut dormir.

24 février.

Température : 38°5.

Pouls : 108.

Respiration : 30.

Le facies est un peu coloré. Etat général assez bon. Un peu de toux, pas d'expectoration : le malade avale ses crachats. Urines rares, hautes en couleur, albumineuses.

Examen des poumons :

A droite : A la base, submatité avec vibrations exagérées et foyers net de sous-crépitants ; pas de souffle.

A gauche : A la base, submatité moins prononcée qu'à droite ; quelques sous-crépitants discrets, se propageant un peu vers l'aisselle.

Les bruits du cœur sont légèrement assourdis. Le pouls est rapide, mais régulier et bien frappé.

1^{er} mars. — Le malade se sent mieux, la température tombe à 37°.

2 mars. — Décharge urinaire ; urines claires, abondantes.

5 mars. — Base gauche : plus de râles.

Base droite : encore quelques sous-crépitants.

Plus d'albumine dans les urines.

Le malade se rétablit rapidement.

OBSERVATION XIV

Le 2 avril 1927, malade de 73 ans sur lequel l'attention est attirée, parce qu'il a *déliné* la nuit précédente ; délire qui s'est manifesté surtout par des *plaintes douces*.

A l'interrogatoire, le malade s'exprime avec peine par des mots souvent inintelligibles, mais répond cependant aux questions qu'on lui pose. Il accuse de la fatigue sans douleur localisée, ni frissons. Un peu de toux sans expectoration.

Température : 40°. Pouls : petit, rapide. Urines : rares ; albumine.

Examen. — Submatité de la base gauche, avec petit foyer, bien délimité. A la base droite, quelques sous-crépitants.

Les jours suivants, la température tombe un peu et se maintient aux environs de 38°5. L'état subit peu de modifications.

6 avril. — Le délire s'accroît. On remarque une *raideur généralisée*. Malgré la digitale et l'huile camphrée, le pouls s'affaiblit, devient petit, filant.

Le 7 avril. — Exitus.

Autopsie. — Plèvres épaissies, vernissées ; très nombreuses adhérences sur toute la hauteur, avec prédominance au sommet droit. Ces adhérences sont très denses, et on arrache le poumon en plusieurs points au moment de l'éviscération.

Les poumons à la coupe montrent des noyaux calcaires aux sommets ; bronches dilatées des deux côtés. A droite, hépatisation du lobe moyen ; à gauche, légère congestion.

OBSERVATION XV

Malade de 41 ans, de constitution robuste, entré à Sainte-Marie pour troubles oculaires. Il vient consulter, le 9 janvier 1928, pour céphalée et fatigue générale.

Commémoratifs. — Depuis une semaine environ le malade est enrhumé, avec grande fatigue, céphalée. *Transpiration abondante. Constipation.* On ne note ni frissons ni point de côté.

9 janvier.

Température : 40°.

Pouls : 112.

Urines rares, albumineuses.

Céphalée très accusée. *Douleur diffuse dans le côté droit.* Dyspnée légère avec respiration thoraco-abdominale. Toux grasse, par secousses, peu fréquente. Expectoration nulle. La langue est un peu sale. Facies rouge : pommettes et lèvres cyanosées. Peau moite.

Quelques vésicules d'herpès.

Examen des poumons. — *Submatité légère* dans la région moyenne gauche avec *murmure vésiculaire, un peu diminué*

et rude. Aux deux bases, quelques râles non localisés, surtout nets après la toux.

10 janvier. — Même état général. Température : 40° Quelques *crachats rouillés*, collés au crachoir. Urines rares, foncées.

Examen du poumon. — A droite : submatité de la base à l'aisselle, avec exagération des vibrations, et apparition de crépitants à la partie supérieure de l'aisselle.

11 janvier. — Température : 40°6. Pouls : rapide, régulier, moins bien frappé. Dyspnée légère, persistante. Urines rares, foncées. Face rouge.

Poumons. — Apparition d'un souffle à l'aisselle droite, entouré de râles secs, surtout inspiratoires, donnant l'impression d'être tout près de l'oreille. Les sous-crépitations persistent à la base gauche.

13 janvier. — Température : 38°6. Chute brusque.

Le malade se sent mieux ; apparition de sous-crépitations de retour.

Les jours suivants, après quelques oscillations, la température descend régulièrement ; les urines sont plus claires ; l'état général s'améliore ; les nuits sont calmes ; le malade demande impérieusement à manger.

21 janvier. — Petite poussée de température. Température : 37°6. Pouls : 70. Etat général bon ; urines abondantes, claires.

A l'auscultation, le souffle persiste, léger.

5 février. — Le malade, rétabli, quitte le service.

OBSERVATION XVI

Malade de 65 ans, vieil *hémiplégique gauche*, avec signes minimes d'hémiplégie droite, se lève le 16 janvier 1928, comme de coutume. Mais bientôt il est pris de frissons, et presque en même temps d'un point de côté gauche. Le malade se recouche.

17 janvier. — Température : 39°5.

A l'examen on trouve le malade dyspnéisant, souffrant toujours d'un point de côté.

L'examen local ne montre rien de bien particulier si ce n'est : à gauche : des râles de bronchite, quelques gros ronchus ; à droite, en arrière et un peu en dehors quelques sous-crépitaux et quelques frottements font penser à un début d'affection pneumococcique droite.

18 janvier. — Exitus.

Autopsie. — Congestion des deux côtés, sans hépatisation à proprement parler, mais *prédominance* très nette des phénomènes congestifs à *gauche*.

OBSERVATION XVII

Malade de 71 ans, entré dans le service le 5 février 1928.

Le malade était enrhumé depuis une semaine environ ; il toussait et crachait ; depuis trois jours il souffrait de céphalée.

4 février. — Le malade n'a pas d'appétit : ne dîne pas. Dans la nuit du 4 au 5, il est pris d'une douleur droite, mal localisée, mais qui aurait été violente, et de petits frissons répétés ; il ne dort pas.

5 février. — Température : matin, 39°4 ; soir, 40°.

Les résultats de l'examen n'ont malheureusement pas été consignés ; les *signes stéthoscopiques* auraient été *frustes*.

6 février. — Température : 39°. Pouls : 100. Urines un peu foncées, avec des traces d'albumine.

Au point de vue fonctionnel, on note : la douleur thoracique qui persiste, la dyspnée (30 respirations), la langue sale mais humide, un peu de toux, un peu d'expectoration muco-purulente.

Au point de vue objectif, seulement : de la submatité des deux bases avec des râles de congestion notablement nombreux à droite ; ces râles sont bulleux ; apparaissant aux deux temps, ils ont les caractères des sous-crépitanls, presque typiques.

7 février. — Température : 39°. Pouls : 100. Respiration : 30.

Plus de douleur thoracique. Diminution de la céphalée. Expectoration plus abondante à caractère plus nettement purulent.

A l'examen : matité ou plutôt grosse submatité de la base droite. Râles sous-crépitanls, bien moins nombreux que la veille. A la base gauche, râles beaucoup plus fins, plus secs, plus nettement inspiratoires, mais qui ne sont pas des crépitanls typiques.

8 février. — Température : 38°8. Pouls : 85.

L'état général ne semble pas trop mauvais. La langue est saburrale, mais encore humide. La dyspnée semble assez légère : 25 respirations à la minute. Toux de fréquence

moyenne, ramenant une expectoration légère, presque franchement purulente.

Examen local : matité presque franche à la base droite, entourée d'une zone de submatité légère. Les vibrations sont peut-être légèrement augmentées. Réapparition de râles ayant presque le caractère de sous-crépitants, quoique moins bulleux, et à timbre plutôt sec.

A gauche : encore quelques râles fins, du type entendu la veille.

10 février. — Température : 37°5. Pouls : 85. Respiration : 28.

Le malade se dit mieux, il demande à manger.

Objectivement : matité importante de la base droite avec diminution nette des vibrations à ce niveau. Elles sont plutôt augmentées au-dessus. A l'auscultation, présence des mêmes râles, très augmentés en nombre et en étendue ; on en entend jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate.

13 février. — Température : 39°. Pouls : 115. Respiration : 30.

Outre la matité de la base droite, on note l'apparition au sommet droit, d'un foyer caractérisé par des *râles crépitants spéciaux comme timbre, superficiels, irritant désagréablement l'oreille* ; leur maximum est au niveau de l'épine de l'omoplate. Nombreux crépitants dans l'aisselle avec respiration soufflante.

14 février. — Température : 39°. Pouls : 122. Respiration : 34.

Sommet et base droite à peu près stationnaires. A gauche, apparition d'un gros foyer, occupant toute la base et la

région moyenne, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Nombreux sous-crépitants.

Le caractère du malade devient insupportable. — La nuit dernière il s'est levé plusieurs fois.

15 février. — Température : 39°. Pouls : 128. Respiration : 42.

Etat général très mauvais.

Poumons : à droite, peu de changement notable ; à gauche, apparition d'un souffle voilé par de nombreux sous-crépitants.

16 février. — Température : 38°5. Pouls : 134. Respiration 40.

Le malade s'est levé plusieurs fois la nuit.

17 février. — Température : 39°. Pouls : 100. Respiration : 38.

Malade très abattu. *Délire*. Râle trachéal. *Langue sèche et rôtie*.

Poumons : à droite, présence en nombre considérable de râles, superficiels, désagréables à l'oreille ; à gauche, râles sous-crépitants.

Exitus.

Autopsie. — Pas de liquide dans les plèvres, mais adhérences considérable, surtout à gauche. A droite : le poumon forme un bloc considérable ayant subi presque totalement l'hépatisation grise. A gauche, congestion de la base (*le poumon flotte*).

OBSERVATION XVIII

Malade de 80 ans, faisant de temps en temps des poussées d'asystolie.

Dans la nuit du 24 au 25 janvier 1925, il fait une *chute* de son lit. Le lendemain matin : température : 38°4. Rétention d'urine réclamant le sondage.

26 janvier. — Malade très affaibli, pâle, amaigri. Température : 37°4. Pouls assez bien frappé mais arythmique. Respiration : 32 à la minute.

Examen local. — A la base droite : matité ; *gros râles, aigres, superficiels, à tonalité élevée, surtout inspiratoires.*

A gauche : submatité, râles fins.

Cœur : arythmie et assourdissement des bruits.

27 janvier. — Température 38°7. Malade un peu moins abattu. La rétention persiste.

Toujours matité à la base gauche. Les râles ont un timbre plus humide ; en même temps ils ont gagné presque toute l'étendue du poumon jusqu'à l'épine de l'omoplate.

29 janvier. — Exitus.

OBSERVATION XIX

Malade de 77 ans, entré dans le service le 29 décembre 1924. Il est amaigri, très lordosique, en état de pneumonie grip-pale depuis plusieurs jours.

Pneumonie droite. Température : 39°.

Décès le deuxième jour.

Autopsie. — Foyer de gangrène pulmonaire central à droite, demi-liquide, extrêmement odorant. Les deux sommets étaient soudés à la plèvre.

OBSERVATION XX

Malade de 66 ans. Ethylisme avoué. Depuis quelques mois, il a remarqué une certaine diminution de ses forces. Il dort mal et crache continuellement.

10 janvier 1928. — Le vieillard s'endort le soir comme à l'ordinaire. Vers 1 heure il se réveille avec sensation de malaise général ; il est dyspnéisant et contraint de s'asseoir pour respirer plus facilement. Il ressent une douleur rétro-sternale, accompagnée d'une petite toux sèche et quinteuse, sans aucune expectoration. Cette crise se calme au bout de 20 minutes, mais le malade continue à tousser et ne peut se rendormir. Il se lève le lendemain, mais n'a pas d'appétit ; cet état se prolonge les jours suivants ; il reste au lit une partie de la journée. Il est *constipé*. Il tousse. Il se sent de plus en plus fatigué.

Il entre à l'infirmerie le 17 janvier.

Examen. — Le vieillard se présente dans le décubitus dorsal. Son état général semble assez bon. Quelques varicosités sur les pommettes ; les lèvres sont un peu violacées, les extrémités froides. *La langue est sale. Il est dyspnéisant.* Depuis 24 heures la toux est un peu moins fréquente et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente. Température : 37°6. Respiration : 36.

En avant, on note des râles ronflants et sibilants, disséminés.

En arrière, les vibrations sont un peu plus fortes à la base droite que du côté opposé ; on trouve des sibilants et des ronflants disséminés un peu partout, et des sous-crépitations aux deux bases, mais surtout à droite.

Au point de vue cardiaque, le malade est en *hyposystolie*, avec un foie un peu gros.

Le volume des urines est réduit.

22 janvier. — La température qui oscillait entre 37°6 et 37°8, tombe à 36°8 mais sans amélioration de l'état général

23 janvier. — La température remonte à 37°8.

25 janvier. — Elle commence à baisser progressivement. Cependant, le volume des urines augmente peu à peu; le 24, elles sont plus abondantes, le 25, abondantes et claires; la crise urinaire se fait progressivement à mesure que la température s'abaisse. L'état général s'est amélioré; le malade dort mieux et tousse moins.

29 janvier. — Retour offensif de la température, qui, de 36°8 remonte à 37°8, l'état général reste bon.

2 février. — Chute de la température à 36°; elle remontera à 37° et restera maintenant normale. L'état général est satisfaisant. Le malade ne tousse presque plus, mais crache encore un peu.

La sonorité des bases est normale. Le murmure vésiculaire est normal; encore quelques sous-crépitaux aux deux bases après la toux.

La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXI

Malade de 80 ans, qui a toujours été un dyspnéique, entré dans le service le 6 mars 1922.

Il est dans le décubitus dorsal, immobile. Teint pâle, lèvres *cyanosées*, œdème des membres inférieurs et même du scrotum.

Dyspnée très marquée, respirations : 26.

Aux deux bases submatité, plus marquée à gauche, avec diminution du murmure vésiculaire, et râles sous-crépita-

Pointe du cœur, non perceptible. La percussion montre l'aire cardiaque augmentée en tous sens. Bruits sourds, sans souffle. Foie gros et douloureux. Pouls : 76, arythmique. Urines rares, foncées, contenant un peu d'albumine.

Le malade est décédé le 9 mars.

Autopsie. — *Epanchement hémorragique* de la plèvre droite. Adhérences à gauche.

Poumon droit hépatisé.

Cœur très augmenté de volume, avec cœur droit étalé et flasque.

OBSERVATION XXII

Malade de 53 ans, *hémiplégié* depuis trois ans, présentant quelques troubles de la parole et psychisme déficient. Entré à Sainte-Marie un an auparavant, il se présentait le bras droit à demi fléchi, collé au corps ; la jambe droite, très peu fléchie, pas très contracturée ; le malade sortait assis sur une chaise roulante, en s'aidant de ses jambes.

Depuis deux jours déjà, il se sentait très fatigué, avait de la *diarrhée*, lorsque le 1^{er} décembre 1927, vers 10 heures, il *vomit ses aliments*. Vers midi, sa respiration devient plus difficile. Cette gêne s'accroît, la face se *cyanose*. Vers 4 h. 1/2, l'interne de garde, appelé, est frappé à ce moment, du *tremblement des mains*, de la *contracture des membres*, et de la mâchoire, avec grincement des dents.

La respiration est très difficile, le malade a une *dyspnée* intense, active, avec roncus expiratoire, dépression sus-cla-

viculaire, sus et sous-sternale ; cyanose des lèvres, des oreilles, des mains. Etat général mauvais. Pouls : 120. Température ; 38°8.

La percussion montrait un peu de submatité de la base gauche et l'auscultation, de gros râles expiratoires un peu partout, avec une inspiration humée, sans râles, sauf aux bases.

Appareil circulatoire. — Pointe du cœur non déviée. Bruits sourds, réguliers. Deuxième bruit, un peu claqué à l'aorte. Pouls : 120 régulier, petit, serré. Artères un peu dures, dépressibles, un peu sinueuses, moniliformes. Pression : maxima 25, minima 17, indice : 10. Jugulaires turgescentes, non battantes, déprimées à l'inspiration.

La palpation du foie est impossible par suite de la contraction de la paroi abdominale, surtout marquée à droite.

Après une saignée de 400 gr., la respiration est moins gênée, le roncus disparaît, la cyanose diminue et le malade articule quelques sons.

2 décembre. — Le malade se présente dans le décubitus latéral droit. C'est un homme de taille petite, un peu amaigri.

Pouls : 120. Température : 38°8. Respiration : 18.

La respiration est bruyante, thoracique et abdominale. Dyspnée active pendant l'inspiration. A l'expiration, on a parfois un roncus. Quelques secousses de toux prolongées, suivies de cyanose du visage ; la toux est grasse sans expectoration.

Le bras droit est fléchi, collé au corps. Les jambes sont fléchies, surtout à droite : le genou au menton.

La face a un aspect passif, les yeux dans le vague.

La percussion ne donne pas de renseignement précis.

A l'auscultation. — En arrière ; inspiration bonne, sauf quelques sibilances dans la région moyenne ; à l'expiration : gros sous-crépitants muqueux aux deux bases.

En avant : roncus général.

L'examen de l'appareil respiratoire, donne les mêmes renseignements que la veille. L'auscultation du cœur est gênée par le roncus.

La pression artérielle n'est plus que de : maxima : 15, minima : 10, indice : 3.

L'évolution se fait ensuite par poussées successives.

10 décembre. — Etat général mauvais. La température s'est abaissée à 36°5, mais le *pouls est toujours au-dessus de 100*. Le cœur fléchit.

Aux poumons les râles qui étaient expiratoires seulement, se manifestent aux deux temps.

On note l'apparition d'*eschares*.

15 décembre. — Nouvelle poussée thermique à 38°5. Pouls : 100. Râles très abondants aux deux temps.

Le malade est décédé le 23 décembre.

OBSERVATION XXIII

2 décembre 1928. — Malade de 75 ans, vieux tousseur, se sent plus fatigué, tousse davantage. Il accuse au niveau de la région mamelonnaire une *douleur assez diffuse*, pas très intense, bilatérale, mais surtout marquée à droite, ne gênant pas la respiration. Pas d'expectoration, mais toux très grasse, fréquente. *Facies pâle. Langue sale.* Température : 38°. Soir : 38°8. Urines rares, albumineuses.

Signes physiques : *minimes*. Quelques sous-crépitanls fins au niveau de l'aisselle droite.

3 décembre. — Température 37°4. Facies moins pâle, mais les traits sont tirés ; le malade parle beaucoup, il semble *très excité*. La langue est saburrale, humide. Dyspnée ; 24 respirations à la minute avec mouvements respiratoires de grande amplitude.

Signes physiques :

Appareil respiratoire. — En avant : un peu de submatité de la ligne mamelonnaire droite jusque dans l'aisselle. Respiration bruyante aux deux sommets avec râles sous-crépitanls, assez fins, surtout nombreux à droite, s'étendant jusque dans l'aisselle.

En arrière :

A droite. — Vibrations nettement augmentées dans toute la hauteur du poumon. Submatité. Gros foyer de sous-crépitanls dans l'aisselle. Ces râles occupent toute l'inspiration. A la base : quelques sous-crépitanls à grosses bulles.

A gauche : quelques sous-crépitanls à la base.

Appareil circulatoire. — Pouls : 104, dur, ample, bien frappé, un peu irrégulier. Les bruits du cœur sont sourds et mal délimités ; quelques extrasystoles. Le foie est gros et douloureux à la palpation ; il déborde les côtes de trois travers de doigt.

4 décembre : Le malade se lève le matin pour faire son lit ; on se rend compte qu'il ne raisonne plus très bien. Puis assez brusquement, il tombe dans une période de *dépression* avec somnolence. Quand on l'interroge, c'est à peine s'il répond aux questions. Couché sur le côté droit, le facies est vide, les yeux cernés ; le front est couvert de sueurs ; les mem-

bres inférieurs sont froids et moites. Température : 37°2.

Appareil respiratoire. — 24 respirations à la minute. Toux grasse. Quelques crachats peu abondants expectorés très difficilement avec des efforts de vomissement.

Poumons : submatité de l'aisselle droite avec foyer de sous-crépitan. A la base, sous-crépitan à grosses bulles; humides, couvrant complètement l'inspiration et s'entendant un peu dans l'expiration. Respiration soufflante dans le reste du poumon droit.

A gauche : respiration rude. Quelques sous-crépitan à la base.

Cœur : bruits sourds. Pouls mal frappé.

6 décembre : Exitus.

Autopsie. — Petit épanchement bilatéral, plus abondant à gauche.

Poumon gauche : hépatisation rouge du lobe inférieur.

Poumon droit : hépatisation beaucoup plus diffuse, englobant les lobes moyen et inférieur, avec congestion intense de tout le poumon. A la pression : aucun crépitement ; il sort un liquide spumeux, sanguinolent.

OBSERVATION XXIV

Malade qui depuis quelque temps, tousse, maigrit, *sans antécédents bacillaires connus*. Il vient consulter le 15 janvier 1925.

Température : 39°. Frissons, sueurs, toux, crachats verdâtres. Point de côté. Urines assez claires.

A l'auscultation : petit foyer de sous-crépitan fins, sous l'aisselle droite. En période d'épidémie, on pense à une pneu-

monie; d'ailleurs, des pneumocoques sont mis en évidence dans les crachats.

Le lendemain, on découvre, au sommet droit, une lésion avec matité, vibrations augmentées, souffle net.

L'état général reste stationnaire ; la température a pris un type à grandes oscillations (37°, 39°5).

Le 15 février, la température persiste au-dessus de 38°, le malade s'amaigrit malgré la réapparition de l'appétit.

Crachats abondants, muco-purulents, contenant le *bacille de Koch*. Lessous-crépitaux de l'aisselle persistent. La lésion du sommet droit augmente et on trouve une lésion au sommet gauche, surtout perceptible en avant.

15 avril. — Température : toujours au-dessus de 38°. Les phénomènes stéthoscopiques s'accusent. Les manifestations caverneuses sont devenues évidentes, et on note une dénutrition généralisée avec aspect osseux de la face.

19 avril : au matin, *hémoptysie*, crachats sanglants. Puis le malade est pris d'étouffements; la face et les extrémités sont devenues violacées.

Exitus vers trois heures.

OBSERVATION XXV

Malade de 55 ans; entré le 10 janvier 1928 pour dyspnée intense, toux, expectoration abondante.

C'est un *bacillaire de longue date*, à forme hémoptoïque. C'est à la suite d'une bronchite contractée au même moment qu'il fait sa première hémoptysie, à l'âge de 20 ans, à son retour chez lui. A 24 ans, le malade devient spécifique. Dans l'espace de 20 ans, il ne présente que quatre hémoptysies,

l'obligeant à s'arrêter quelque temps. A partir de 1921, les hémoptysies se répètent chaque hiver.

On notait, avant l'état aigu actuel, un foyer bacillaire, assez limité, au poumon gauche. C'est une bacillose à forme scléreuse, évoluant lentement.

D'autre part, le malade a présenté des *accidents cardiaques* qui se sont manifestés la première fois en 1907. Depuis, sa dyspnée s'est accrue progressivement. Il semble avoir fait en 1925 des phénomènes d'angine de poitrine. Les accidents récents semblent indiquer une insuffisance du cœur droit, avec arythmie sensible et un bruit claqué à l'orifice pulmonaire ; gros foie douloureux.

Au point de vue nerveux : la perte des réflexes à l'accommodation, achilléens, abdominaux a fait penser à des accidents pré-tabétiques.

Actuellement, le malade présente une affection respiratoire aiguë. La dyspnée est intense, avec polypnée : 28 respirations à la minute. Il se sent oppressé. Des quintes de toux fréquentes ramènent une expectoration abondante (2 crachats par jour). Au fond du récipient : de gros crachats numulaires, visqueux, verdâtres et collants ; quelques-uns sont légèrement striés de sang. Au-dessus surnage une mousse blanche, abondante.

L'examen de l'expectoration montrera la présence du *pneumocoque* et du *bacille de Koch*.

La fosse épineuse est très déprimée ; le bord du muscle trapèze est plus mince à gauche qu'à droite. La base du thorax droite est élargie.

Submatité gauche au sommet et à la base.

Matité franche à la base droite, avec vibrations très augmentées.

L'auscultation montre, sur toute la hauteur des deux poumons, une inspiration rude, intense, avec expiration prolongée. Dans la fosse sus-épineuse gauche et dans la région interscapulo-vertébrale, respiration soufflante. Sibilants et ronflants disséminés, avec petits râles sous-crépitants, plus nombreux à droite.

Aux deux bases, sous-crépitants surtout à droite, où l'on entend un véritable bruit de tempête.

Température : 38°2. Urines rares ; traces d'albumine.

Evolution. — Le 23 janvier la température commence à baisser et le 25 elle est revenue à la normale. Une décharge urinaire se produit. Le malade est toujours cyanosé et dyspnéisant. Les râles ronflants et sibilants persistent seulement au niveau de la matité droite.

Cependant, les jours suivants, la température prend un caractère oscillant (36°5-38°). Le malade se sent mieux, il est moins dyspnéisant, l'appétit revient.

Le 30, la matité de la base droite est disparue. La submatité du sommet et de la base gauche est très nette. Les râles ont disparu à la base droite. A gauche, le murmure vésiculaire est diminué au sommet et à la base ; il y a des foyers de sous-crépitants fins.

Le 17 février : le malade se présente comme un bacillaire et bronchitique chronique, avec une fièvre modérée, légèrement oscillante.

L'auscultation montre des deux côtés, une inspiration humée et une expiration soufflante, avec quelques ronflants et de

très nombreux sibilants disséminés. Au sommet gauche, quelques sous-crépitanls, à la toux.

Crachats toujours abondants et muco-purulents.

Les urines contiennent toujours des traces d'albumine.

24 février : la malade fait une *hémoptysie* abondante avec élévation de la température à 38°3. Elle se renouvelle six jours de suite ; puis le 2 mars, quatre crachats noirâtres sont rejetés séparément.

La température se maintient aux environs de 38°, avec légère tendance à s'abaisser. Le 8, elle se lève à 39°2.

L'auscultation montre alors un souffle tubaire et le 15 un souffle caverneux, tandis que la fièvre marque d'importantes oscillations entre 37° et 38°5.

A partir du 29 les oscillations diminuent d'amplitude et la courbe, à partir du 5 mars, prend un aspect quasi normal.

Ce malade, quelques mois après avoir quitté le service, est mort, en dehors de l'hôpital, de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XXVI

Malade de 70 ans, sans antécédent bacillaire connu.

Le 8 février 1928, il se sent fatigué, a des frissons et un point de côté gauche.

Le 10 février, il entre à l'infirmérie. Température 38°.

L'examen montre à la base droite de gros sous-crépitanls et quelques râles de bronchite ;

A gauche, des sous-crépitanls à la base, et, à la partie moyenne, un petit foyer de sous-crépitanls fins, sans souffle.

Au cours de l'évolution, on n'a pas noté l'apparition d'un

souffle. La température ne monte pas au-dessus de 38° ; elle descend progressivement à la normale du 14 au 16, et s'y maintient.

Cependant le 19, le malade a une *légère hémoptysie* et continue à cracher le sang tous les matins, pendant cinq jours.

La température, le 20, recommence à s'élever. Le 21 elle est à 38°8.

Le foyer a disparu ; on note de nombreux râles ronflants dans toute la hauteur des deux poumons.

La température tombe du 21 au 23 et reste aux environs de 37°.

Plusieurs examens bactériologiques ont mis en évidence le pneumocoque dans les crachats, mais n'ont pas montré le bacille de Koch.

Depuis un an : aucun incident bacillaire mais la radiographie montre des lésions scléreuses pulmonaires.

OBSERVATION XXVII

Malade de 64 ans, chétif, avec infantilisme testiculaire. Nombreuses bronchites dans ses antécédents. Une observation antérieure note des signes de sclérose ancienne du sommet gauche.

Le malade qui toussait un peu, avec une expectoration rare, depuis deux ou trois mois, n'a pas remarqué d'aggravation de son état jusqu'au 28 janvier 1928. Il se plaint alors d'une douleur vague dans le côté gauche. Dans la nuit du 28 au 29, il est pris d'un frisson intense qui aurait duré, presque sans interruption, de 11 heures du soir à 6 heures

du matin. En même temps : céphalée violente, surtout frontale, qui persiste encore, quoique atténuée, le 29, au moment de l'examen.

Le malade n'a pas remarqué alors, que la toux et l'expectoration aient augmenté. Il se plaint d'un point de côté abdominal, à maximum épigastrique.

Au point de vue objectif, rien de bien net, ni à gauche ni à droite.

Température : matin : 38°3 ; soir : 40°.

30 janvier. — Température : 40°.

Le malade n'a pas dormi. Les urines sont rares et hautes en couleur.

Objectivement : peu de signes ; submatité au niveau de la région moyenne et externe du poumon droit. A ce niveau, quelques râles crépitants, augmentés et surtout nets après la toux ; râles irréguliers de timbre un peu spécial.

Le 31 janvier. — Malade assez agité ; respiration difficile. Etat général assez atteint. Pommette droite plus colorée que la gauche. Peau sèche, ridée. Langue saburrale, pas trop sèche. Expectoration rare, muco-purulente. Les urines sont rares, albumineuses.

Température : 38°5.

Pouls : 110.

Respiration : 40.

Examen local. — La matité, au niveau de la partie moyenne et externe du poumon droit, s'est accusée. Les vibrations sont augmentées à droite, surtout au niveau de la matité.

L'auscultation montre des râles crépitants, assez volumi-

neux, un peu augmentés en nombre. Un souffle est apparu, variable, surtout net à la toux.

Rien de notable au poumon gauche, ni en avant.

Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 40. L'état général est sensiblement stationnaire.

4 février :

Température : 36°8.

Pouls : 78.

Respiration : 28.

Urines : toujours rares, un peu plus claires.

Le malade a un peu dormi dans la nuit, il se sent mieux. On note la présence de sueurs.

L'examen local montre des râles de retour, à timbre éclatant. Le souffle tubaire persiste, net, surtout à la toux.

6 février.

Température : 36°8.

Pouls : 78.

Urines : très claires.

Persistance de râles de retour, un peu moins nombreux cependant, et d'un léger souffle à la partie supérieure du foyer.

8 février. — *Hémoptysie* : un demi-crachoir.

Température : matin : 37°2 : soir : 37°8.

Pouls : 88.

Respiration : 32.

10 février.

Température : 37° ; soir : 37°5.

Le malade continue à expectorer quelques crachats sanglants.

Quelques râles encore et légères submatités au niveau de l'ancien foyer.

14 février. — Disparition des phénomènes objectifs. Urines très claires et très abondantes.

La température est toujours un peu au-dessus de la normale : 37°5 le soir. Cette température se maintient pendant un mois environ, avec quelques poussées à 38° et 38°5, sans signes stéthoscopiques. Elle reste normale et régulière ensuite.

Le malade sort du service le 1^{er} avril. Aucun phénomène objectif. La guérison s'est maintenue.

L'examen des crachats a montré le pneumocoque. Le bacille de Koch n'a jamais été décelé.

Depuis un an : aucun incident bacillaire, mais la radiographie montre des lésions scléreuses pulmonaires.

OBSERVATION XXVIII

Malade, épileptique, entré dans le service le 8 décembre 1924. Il présente de la lassitude, de la courbature, une toux intense avec expectoration sanguinolente. Il accuse un point de côté gauche.

Température : 39°5.

On trouve un foyer de crépitants, à la base gauche.

14 décembre. — La température qui était tombée progressivement à 37°3, s'élève brusquement à 39°3. On note une tuméfaction, au voisinage de l'oreille gauche, avec langue très sèche. On fait le diagnostic de *parotidite*.

Signes de congestion de la base droite.

La fièvre retombe immédiatement à 38° les jours suivants.

21 décembre. — Le malade, qui avait reçu du sérum anti-pneumococcique, fait une violente réaction sérique, avec température à 39°, pendant une semaine environ.

27 décembre. — La température descend progressivement : elle ne dépassera plus 37°8.

8 janvier. — Le malade va beaucoup mieux. La parotidite a disparu. Absence de toux. Température normale.

OBSERVATION XXIX

Le malade qui avait de la *diarrhée* depuis quelques jours, *délire* une partie de la nuit.

4 janvier 1927. — Température 38°4. Urines rouges contenant des traces d'albumine. *Crachats rouillés*.

L'examen local montre : à droite : submatité de la base, avec des crépitants, un peu plus rudes que normalement, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. A la base, souffle tubaire très intense.

A gauche : quelques sous-crépitations disséminés.

8 janvier. — Température 38°3. Etat général : stationnaire.

Le souffle tubaire est toujours aussi intense. Apparition de sous-crépitations de retour.

9 janvier. — Chute de la température à 37°5, sans autres modifications.

10 janvier. — Température 37°4. Par moment délire. Incontinence des urines et des matières. Crachats jaunâtres.

Peu de modifications des signes stéthoscopiques, du côté droit.

A la base gauche, apparition d'un foyer de sous-crépitations.

11 janvier. — Les urines sont plus claires ; elles ne contiennent plus d'albumine.

Râles sous-crépitations des deux côtés.

14 janvier. — Température 37°2. Le malade se plaint davantage, cependant, le facies est meilleur ; plus d'incontinence.

15 janvier. — Température 37°. Urines assez abondantes.

Cependant, le malade se plaint de plus en plus, *délire* quelques minutes, se promène, *parle constamment*.

Les jours suivants, les urines deviennent très claires ; le malade se sent beaucoup mieux, demande à sortir.

Le souffle s'atténue de plus en plus.

24 janvier. — Pas de fièvre, mais, à nouveau, le malade *délire*. Il se promène en chemise sans savoir où il va. L'incontinence des urines reparait.

Cependant, le souffle a diminué d'intensité, peu de râles.

L'atténuation des phénomènes stéthoscopiques se fait lentement. Le 1^{er} février, le souffle est encore perceptible.

4 février. — Le souffle est disparu. Le psychisme est meilleur.

Le malade sort guéri le 23 février.

CONCLUSIONS

L'épidémie survient chaque année, à l'hospice des vieillards Sainte-Marie, d'Angers.

Elle apparaît au moment du froid et son évolution est étroitement liée à la température extérieure.

La contagiosité, variable, peut devenir extrêmement rapide et massive, particulièrement dans les milieux de grande densité humaine.

La contagion se fait d'homme à homme.

La gravité est toujours très grande. La mortalité a varié de 28 à près de 70 %.

L'épidémie, entre deux périodes, de longueur et de sévérité variables, présente une période qui débute et se termine brusquement pendant laquelle se manifestent des cas nombreux et graves, notamment des pleurésies purulentes.

Le début de l'affection, parfois brutal, est le plus souvent insidieux.

Les troubles de l'arbre respiratoire dominent la scène. La pneumonie est une manifestation fréquente et n'est peut-être qu'un état de cette maladie protéiforme.

Le point de côté violent, rarement observé, doit mettre en garde contre une future pleurésie.

Les signes physiques des premiers examens sont minimales.

Lorsque le malade signale une douleur dans un hémithorax, on doit suspecter cet hémithorax.

Chez un hémiplegique, l'attention doit se porter d'abord sur le côté hémiplegié.

Le côté opposé à la lésion principale est toujours atteint.

L'état général est habituellement très atteint.

La température, dont la courbe présente, très souvent, au moins l'esquisse d'un V grippal, a une allure cyclique.

La chute de la température se produit après une accentuation des phénomènes généraux et suivie de la crise urinaire.

Un retour offensif, quatre ou cinq jours plus tard, est fréquent; ce retour peut n'être pas unique.

Les signes stéthoscopiques restent longtemps perceptibles.

La convalescence est très longue.

La complication qui doit être recherchée systématiquement est la pleurésie purulente, habituellement très insidieuse, d'autant plus difficile à dépister que le murmure vésiculaire reste souvent perceptible.

Chez les vieillards antérieurement malades, il faut signaler :

Chez les paralyvés grabataires : le début insidieux et, comme complication l'eschare ; enfin la gravité de l'évolution.

Chez les cardiaques : l'asystolie ou même l'œdème du poumon, soit comme complication, soit comme mode de début.

Chez les tuberculeux : la poussée évolutive fréquente, l'hémoptysie qui peut survenir au début, pendant ou quelques jours après l'affection.

Pronostic. — La langue sèche et rôtie, la dyspnée intense avec une respiration superficielle et rapide, les urines foncées et rares, le délire, surtout le délire doux succédant à l'agitation, l'apparition d'eschares, sont d'un pronostic mauvais.

La vaccination préventive n'a pas donné les résultats espérés. La vaccination curative non plus.

L'isolement des malades s'impose.

Vu : Le Président de la thèse,
TESSIER.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	11
I. — L'épidémie dans ses variations annuelles	13
II. — Evolution de l'épidémie	17
1° Causes favorisantes.....	17
Froid	17
Age	18
Etat antérieur.....	18
2° Etude de la contagion.....	18
III. — Symptomatologie	21
1° <i>Prodromes</i>	21
2° <i>Période de début</i>	22
A. — Modes de début.....	22
a) Début banal.....	22
b) Début par chute.....	22
c) Début insidieux.....	23
d) Début par une complication.....	24
B. — Etat général.....	24
Température	24
Pouls	24
Facies.....	25
Peau.....	25
Langue.....	25
Dyspnée.....	25
Toux.....	25
Expectoration.....	25

Urines.....	25
Délire, agitation.....	26
Herpès.....	27
C. — Signes physiques.....	27
3° Période d'état.....	28
A. — Etat général.....	29
Température.....	29
Pouls.....	36
Urines.....	36
Langue.....	36
Délire.....	36
Sueurs.....	36
B. — Signes physiques.....	36
4° Période précritique.....	37
5° Période critique.....	37
6° Convalescence.....	38
IV. — <i>Formes cliniques</i>	39
Pleurésie purulente.....	39
Gangrène du poulmon.....	39
Affections bénignes.....	39
Chez les sujets antérieurement malades.....	39
a) Cardiaques.....	39
b) Paralysés grabataires.....	40
c) Tuberculeux pulmonaires.....	40
Suivant les périodes de l'épidémie.....	41
V. — <i>Complications</i>	43
Eschares.....	43
Anthrax.....	43
Herpès.....	43
Infection à distance.....	43
Otite.....	43
Parotidite,.....	43

Phlébite.....	43
Troubles psychiques.....	44
Hémoptysie.....	44
Défaillance cardiaque.....	44
Pleurésie purulente.....	44
VI. — <i>Pronostic</i> : est fonction de :.....	46
1 ^o Etat antérieur.....	46
2 ^o Etat général.....	46
3 ^o Signes fonctionnels.....	47
4 ^o Signes physiques.....	47
VII. — <i>Traitement</i>	48
VIII. — <i>Mesures préventives</i>	49
IX. — <i>Etiologie</i>	52
<i>Conclusions</i>	95

